

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik
Direktor: Frau Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner

Fachkräfte im Gesundheitswesen und das Thema häusliche Gewalt

Ergebnisse dreier Befragungen in Sachsen
2009, 2010 und 2015

D i s s e r t a t i o n s s c h r i f t

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus
der Technischen Universität Dresden

von

Dr. med. univ. Julia Schellong

aus Irdning, Österreich

Dresden 2019

1. Gutachter: Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner

2. Gutachter: Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska

Tag des Verteidigungstermins: 02.06.2020

1	EINLEITUNG	1
2	HINTERGRUND: HÄUSLICHE GEWALT UND GESUNDHEITSWESEN	3
2.1	Politische Relevanz.....	3
2.2	Definition: Häusliche Gewalt	4
2.3	Art der Gewalttaten bei häuslicher Gewalt.....	4
2.4	Prävalenz häuslicher Gewalt	5
2.5	Prävalenz häuslicher Gewalt in Sachsen	7
2.6	Gesundheitliche Folgen häuslicher Gewalt	9
2.7	Medizinische Versorgungsrelevanz Thema häusliche Gewalt - Schlüsselstelle Gesundheitswesen	11
2.8	Netzwerke zur Bekämpfung häuslicher Gewalt	11
2.9	Europäische Interventionsprojekte zu häuslicher Gewalt.....	12
2.10	Interventionsprojekte zu häuslicher Gewalt im Gesundheitswesen in Deutschland	13
2.10.1	Modellprojekt S.I.G.N.A.L. und Netzwerk für Frauengesundheit in Berlin	13
2.10.2	Modellprojekt MIGG	14
2.10.3	Gesine-Netzwerk – Intervention gegen häusliche Gewalt	14
2.10.4	GOBSIS (Gewaltopfer-Beweissicherungs-Informationssystem).....	15
2.11	Maßnahmen zum Thema häusliche Gewalt im sächsischen Gesundheitswesen....	15
2.12	Maßnahmen zum Thema häusliche Gewalt in der Stadt Dresden	17
3	PROJEKT „HINSEHEN-ERKENNEN-HANDELN“ (HEH)	18
3.1	Strategisches Vorgehen	18
3.1.1	Gremien und Kooperationen	18
3.1.2	Entwicklung anwendungsorientierter Materialien.....	19
3.2	Digitale Verfügbarkeit der Materialien	21
3.2.1	Homepage „Hinsehen-Erkennen-Handeln“	21
3.2.2	Intranetbutton „Gewalt“ und „häusliche Gewalt“	21
3.3	Fortbildungsformate	21
3.3.1	Ärzttestammtische	22
3.3.2	Vertiefende Fortbildungen	22
3.3.3	Klinikinterne Fortbildungen.....	22
3.3.4	Weitere Fortbildungen	23
3.3.5	Fortbildungen insgesamt.....	24
3.4	Prozessbegleitung und Evaluation der Veranstaltungen	24

3.4.1	Aufbau eines Expertenpools	24
3.4.2	Evaluationsbögen	25
3.5	Fachveranstaltung und Öffentlichkeitsarbeit	25
3.5.1	Präsentationen auf Tagungen	25
3.5.2	Veranstaltung von Tagungen	25
3.5.3	Veröffentlichungen	26
3.6	Zielstellung: Befragungen medizinischer Fachkräfte	26
4	METHODEN	27
4.1	Befragung von Fachkräften im Gesundheitswesen zu Wahrnehmung und Umgang mit dem Thema häusliche Gewalt in Dresden und Chemnitz im Vorfeld der Fortbildungsintervention „Hinsehen-Erkennen-Handeln“ im Jahr 2009	28
4.1.1	Fragebogen zum Thema häusliche Gewalt Dresden-Chemnitz 2009	28
4.1.2	Rekrutierung Teilnehmer Befragung Dresden-Chemnitz 2009	30
4.1.3	Rücklauf und Stichprobenbeschreibung Befragung Dresden-Chemnitz 2009	31
4.2	Re-Befragung von Fachkräften im Gesundheitswesen zu Wahrnehmung und Umgang mit dem Thema häusliche Gewalt in Dresden und Chemnitz nach der Fortbildungsintervention „Hinsehen-Erkennen-Handeln“ im Jahr 2010	34
4.2.1	Fragebogen Re-Befragung Dresden-Chemnitz 2010	34
4.2.2	Rekrutierung Re-Befragung Dresden-Chemnitz 2010	35
4.2.3	Rücklauf und Stichprobenbeschreibung Re-Befragung 2010	35
4.3	Vergleich Befragung Dresden-Chemnitz 2009 und Re-Befragung 2010 und Veranstaltungsteilnahme Projekt HEH	36
4.4	Befragung von (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzten aus ganz Sachsen zur Wahrnehmung und zum Umgang mit dem Thema häusliche Gewalt im Jahr 2015	37
4.4.1	Fragebogen (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015	38
4.4.2	Rekrutierung Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015	40
4.4.3	Rücklauf und Stichprobenbeschreibung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015	40
4.5	Statistik	42
5	ERGEBNISSE	44
5.1	Ergebnisse Befragung von Fachkräften im Gesundheitswesen zu Wahrnehmung und Umgang mit dem Thema häusliche Gewalt in Dresden und Chemnitz vor der Intervention „Hinsehen-Erkennen-Handeln“ im Jahr 2009	44
5.1.1	Informationsstand zum Thema häusliche Gewalt	44
5.1.1.1	Subjektive Informiertheit:	44
5.1.1.2	Geschätzter Anteil Betroffener nach Geschlecht (erwachsene Bevölkerung)	46
5.1.2	Umgang mit Betroffenen von häuslicher Gewalt	48
5.1.2.1	Geschätzte Kontakthäufigkeit mit von häuslicher Gewalt Betroffenen	48
5.1.2.2	Ansprechen bei Verdacht auf häusliche Gewalt	49
5.1.2.3	Schwierigkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt anzusprechen	50

5.1.2.4	Zufriedenheit mit den Möglichkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen	52
5.1.3	Bekanntheit und Nutzung von Arbeitshilfen und Beratungsstellen	53
5.1.3.1	Bekanntheit und Nutzung von Arbeitshilfen zum Thema häusliche Gewalt	53
5.1.3.2	Bekanntheit von Einrichtungen/Institutionen und Kontakt zu ihnen.....	54
5.1.3.3	Mittelwert bekannter Einrichtungen	57
5.1.4	Einstellung zu Fortbildungen zum Thema häusliche Gewalt	57
5.1.4.1	Interesse an Fortbildungen	57
5.1.4.2	Wichtigkeit inhaltlicher Aspekte	58
5.1.4.3	Ideale Zeitdauer Veranstaltung zum Thema häusliche Gewalt	58
5.2	Ergebnisse Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen in Dresden und Chemnitz zum Thema häusliche Gewalt nach der Fortbildungsintervention „Hinsehen-Erkennen-Handeln“ in Dresden im Jahr 2010	59
5.2.1	Informationsstand zum Thema häusliche Gewalt	59
5.2.1.1	Subjektive Informiertheit	59
5.2.1.2	Geschätzter Anteil von häuslicher Gewalt Betroffener	61
5.2.2	Umgang mit Betroffenen häuslicher Gewalt	62
5.2.2.1	Geschätzte Kontakthäufigkeit mit Opfern häuslicher Gewalt	62
5.2.2.2	Ansprechen bei Verdacht auf häusliche Gewalt	63
5.2.2.3	Schwierigkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt anzusprechen	64
5.2.2.4	Zufriedenheit mit den Möglichkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen	65
5.2.3	Bekanntheit und Nutzung von Arbeitshilfen und Beratungsstellen	67
5.2.3.1	Bekanntheit und Nutzung von Arbeitshilfen zum Thema häusliche Gewalt	67
5.2.3.2	Bekanntheit von Einrichtungen / Institutionen und Kontakt mit ihnen.....	68
5.2.3.3	Mittelwert bekannter Einrichtungen	69
5.2.4	Einstellung zu Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt	69
5.3	Ergebnisse Befragung von (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzten aus ganz Sachsen zur Wahrnehmung und zum Umgang mit dem Thema häusliche Gewalt in Sachsen im Jahr 2015	71
5.3.1	Informationsstand zum Thema häusliche Gewalt	71
5.3.1.1	Subjektive Informiertheit	71
5.3.1.2	Geschätzter Anteil Betroffener nach Geschlecht.....	72
5.3.2	Umgang mit Betroffenen von häuslicher Gewalt.....	72
5.3.2.1	Geschätzte Kontakthäufigkeit mit von Gewalt Betroffenen	72
5.3.2.2	Ansprechen bei Verdacht auf häusliche Gewalt	73
5.3.2.3	Schwierigkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt anzusprechen	74
5.3.2.4	Zufriedenheit mit den Möglichkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen	75
5.3.3	Bekanntheit und Nutzung von Arbeitshilfen und Beratungsstellen	75
5.3.3.1	Erfahrungen mit Informationsangeboten und Kooperationen	75
5.3.3.2	Kenntnisstand von Materialien und Informationshilfen	76
5.3.3.3	Bekanntheit von örtlichen Einrichtungen/Institutionen und Kontakt zu ihnen	77
5.3.4	Zusammenhänge innerhalb der Befragung 2015	80
5.3.5	Einstellung zu Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt	80
5.3.6	Der Dokumentationsbogen bei häuslicher Gewalt	81

5.4	Befragungsergebnisse im Vergleich.....	83
5.4.1	Vergleiche Dresden – Chemnitz	83
5.4.1.1	Subjektive Informiertheit im Vergleich Dresden-Chemnitz	83
5.4.1.2	Zufriedenheit mit den Möglichkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen	87
5.4.2	Vergleiche der Befragungsergebnisse 2009 und Re-Befragung 2010	89
5.4.2.1	Ergebnisse zu subjektiver Informiertheit.....	89
5.4.2.2	Zufriedenheit mit der Möglichkeit zu helfen	95
5.4.2.3	Geschätzte Kontakthäufigkeit	96
5.4.2.4	Bekanntheit von Hilfsmitteln oder Hilfsmöglichkeiten	96
6	DISKUSSION	98
6.1	Hauptergebnisse aus den Fragebogenuntersuchungen	98
6.2	Limitationen und Stärken der Untersuchungen	102
6.3	Klinische Implikationen und Konsequenzen für die politische Willensbildung.....	104
6.3.1	Aktualisierung und transparente Zugänglichkeit von Leitfäden, Dokumentationsb gen, inklusive Beachtung vulnerabler Zielgruppen	105
6.3.2	Sachsenweite Etablierung von Hilfestrukturen in Kliniken	105
6.3.3	Einbeziehung digitaler Medien in die Hilfsmöglichkeiten	106
6.3.4	Verbesserung der Abrechenbarkeit von Dokumentationsleistungen	107
6.3.5	Integration des Themas häusliche Gewalt in Fort-/Weiterbildung und Lehre	107
6.3.6	Interprofessionelle Fallanalysen und Mortalitätskonferenzen	107
6.3.7	Beachtung psychischer Folgestörungen inklusive traumainformierter Gesprächsführung	108
6.4	Fazit	108
7	ZUSAMMENFASSUNG	110
8	LITERATUR.....	117
9	TABELLEN	123
10	ABBILDUNGEN.....	125
11	ABKÜRZUNGEN	129
12	ANHANG	129
13	DANKSAGUNG	155
14	ERKLÄRUNGEN ZUR ERÖFFNUNG DES PROMOTIONSVERFAHRENS	156
15	ERKLÄRUNG ZUR EINHALTUNG RECHTLICHER VORSCHRIFTEN	157

1 Einleitung

Häusliche Gewalt oder Gewalt in bestehenden, sich auflösenden oder aufgelösten Partnerschaften ist ein allgegenwärtiges Problem mit multiplen negativen Gesundheitskonsequenzen für Betroffene (Coker et al., 2002; Ellsberg et al., 2008; Hornberg et al., 2008) und hohen Folgekosten für das Gemeinwesen (Garcia-Moreno & Watts, 2011).

Die Europäische Agentur für Grundrechte konstatierte 2014 für die EU eine Lebenszeitprävalenz bei Frauen für körperliche oder sexualisierte Gewalt von 22% und für psychische Gewalt von 43%. In den 12 Monaten vor dieser Befragung hatten in Deutschland 4% der Frauen zwischen 18 und 74 Jahren körperliche Gewalt in der Partnerschaft erfahren (World Health Organization, 2013; European Union Agency for Fundamental Rights, 2014; World Health Organization, 2014). Nach einer aktuellen Studie sind Männer mit nahezu gleicher Häufigkeit betroffen (Costa et al., 2015). Allerdings handelt es sich bei zur Anzeige gebrachten Delikten überwiegend um weibliche Opfer (Bundeskriminalamt, 2016). Bei von (Ex-)Partnern verübten Morden waren sechsmal häufiger Frauen die Opfer (Stöckl et al., 2013).

Nur wenige Opfer von Gewalt in der Partnerschaft zeigen ihre Erfahrungen bei der Polizei oder einer Opferhilfe-Organisation an (Balschmiter et al., 2017). Selbst ihren Behandelnden offenbaren sie sich nur selten (Brzank et al., 2004; Evans & Feder, 2016; Hinsliff-Smith & McGarry, 2017). Gleichwohl werden Gesundheitseinrichtungen durch Gewaltbetroffene wegen vielfältiger Beschwerden sehr häufig in Anspruch genommen (Campbell, 2002; Hornberg et al., 2008; Bonomi et al., 2009; Wieners & Winterholler, 2016). Neben direkten körperlichen Folgen (Hämatome, Frakturen, Zahnverlust u.a.) sind gastrointestinale Beschwerden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Schmerzsyndrome sowie Veränderungen im Verhalten und psychische Beschwerden als indirekte Gewaltfolgen bekannt (Ellsberg et al., 2008; Ferrari et al., 2016; Bacchus et al., 2018). Unstrittig ist somit die Bedeutung des Themas für das Gesundheitswesen. Ebenso groß ist das Potential, in der ärztlichen Versorgung Gewalterleben zu identifizieren und Betroffene in vorhandene Hilfestrukturen weiterzuvermitteln (Maschewsky-Schneider et al., 2001). Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychologinnen und Psychologen sind sich dieser Schlüsselrolle in der Ersthilfe für Gewaltopfer nicht immer bewusst (Brzank et al., 2004) oder fühlen sich in der Thematik unsicher (Feder et al., 2006; Blättner & Müller, 2007; Eppe et al., 2011; Hinsliff-Smith & McGarry, 2017). Viel zu selten erfolgt die Vermittlung an gezielte Interventionseinrichtungen über einen ursprünglich medizinischen Kontakt (Hegarty, 2013; Graß et al., 2016).

In ihrem eindringlichen Appell, die Gewalt gegen Frauen und Mädchen als globales Gesundheitsproblem stärker zu adressieren, führten Anfang 2015 Garcia-Moreno und Mitarbeiterinnen aus, dass dem Gesundheitssektor hierbei eine besondere Rolle zukommt, die gestärkt werden müsse (García-Moreno et al., 2015). Im selben Sinne forderte der Deutsche Ärztetag im Mai 2015, die von der World Health Organization (WHO) 2013 erarbeitete Leitlinie zum Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen (World Health Organization, 2014; Wieners & Winterholler, 2016) auf allen Qualifizierungsebenen umzusetzen (Bundesärztekammer, 2015). Trotz mehrerer regional agierender Schulungs- und Kooperationsprojekte, wie zum Beispiel das vom Bundesministerium für Familie, Soziales, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderte Programm „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“ (MIGG) (Graß et al., 2016), das Gesine-Netzwerk Gesundheit (Steffens & Janz, 2019) sowie das Projekt S.I.G.N.A.L. (Hellbernd, 2003a; Wieners, 2019), sind auch in Deutschland Flächendeckung oder Nachhaltigkeit noch lange nicht erreicht (Ernst et al., 2014).

In Sachsen förderte das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz seit Sommer 2008 für einen Zeitraum von zweieinhalb Jahren das Projekt „Hinsehen-Erkennen-Handeln“, ein Projekt zur Sensibilisierung und Qualifizierung medizinischer Fachkräfte zum Thema häusliche Gewalt und Gewalt in der Familie für die Modellregion Dresden (Hinsehen-Erkennen-Handeln, 2019). Teil der Förderung waren eine Ausgangsbefragung in Dresden und Chemnitz im Jahr 2009 (Epple et al., 2011) und eine Befragung nach Ende des Projektes im Jahr 2010. Erfragt wurden die Wahrnehmung des Themas in der Ärzteschaft sowie mögliche Hürden im Kontakt und bei der Weitervermittlung von Betroffenen in bestehende Hilfestrukturen. Wesentliche Ergebnisse dieses Projektes fanden Eingang in die Fortschreibung des Landesaktionsplanes zur Bekämpfung häuslicher Gewalt (Landespräventionsrat Sachsen, 2013).

Um den Bedarf der Vernetzung der Akteure des Gesundheitswesens mit dem Hilfesystem bei häuslicher Gewalt für die politische und die berufspolitische Strategieplanung zu konkretisieren, beauftragte die Staatsministerin für Gleichstellung und Integration (SMGI) am Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) im Jahr 2015 eine umfassende Erhebung diesbezüglich in der Ärzteschaft in ganz Sachsen.

Diese drei Befragungen (2009, 2010 und 2015) und ihre Ergebnisse sind Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

2 Hintergrund: Häusliche Gewalt und Gesundheitswesen

2.1 Politische Relevanz

In Deutschland ist seit 1. Februar 2018 die sogenannte „Istanbul-Konvention“ ratifiziert und in Kraft, die Frauen und Mädchen besser vor Gewalt schützen soll (Rabe & Leisering, 2018). Dieses „Übereinkommen des Europarates zur Verhütung und zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt“ ist ein völkerrechtlicher Menschenrechtsvertrag und wurde nach mehrjährigen Verhandlungen der Staaten des Europarates am 11. Mai 2011 in Istanbul beschlossen. Die Konvention verpflichtet die Vertragsstaaten, umfassende Maßnahmen zu Prävention, Intervention, Schutz und zu rechtlichen Sanktionen gegen geschlechtsspezifische Gewalt zu ergreifen. Mit Deutschland haben mittlerweile insgesamt 25 Staaten die Konvention ratifiziert. Diese Staaten verpflichten sich, Frauen vor allen Formen der Gewalt zu schützen und Gewalt präventiv zu bekämpfen. Eingeschlossen sind auch häusliche Gewalt oder Gewalt, die durch Kultur, Religion oder Tradition gerechtfertigt wird, wie zum Beispiel Taten „im Namen der Ehre“ (Hörnle, 2015).

Die WHO hat 2013 Leitlinien zum Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen vorgelegt, die auch in deutscher Übersetzung vorliegen (World Health Organization, 2014). Sie beinhalten evidenzbasierte Empfehlungen zur angemessenen Versorgung von Frauen, die Gewalt in Partnerschaften oder sexuelle Gewalt erlitten haben, einschließlich klinischer Intervention und emotionaler Unterstützung. Die Leitlinien richten sich an Ärztinnen und Ärzte sowie an alle anderen Gesundheitsfachkräfte, die eine Schlüsselposition in der Versorgung von Gewaltopfern einnehmen. Diese können helfen, indem sie Betroffene ermutigen, sich anzuvertrauen, Unterstützung und Weitervermittlung anbieten, angemessene medizinische Versorgung und Nachsorge bieten oder gerichtsfeste Beweise aufnehmen. Die Leitlinien sollen außerdem das Bewusstsein aller Akteure des Gesundheitswesens für Gewalt gegen Frauen sensibilisieren und zur Verbesserung der Kompetenz jedes Einzelnen wie auch multidisziplinärer Teams beitragen. Sie können zusätzlich für die Entwicklung von Lehrplänen in den Bereichen Medizin, Pflege und öffentliche Gesundheit genutzt werden (World Health Organization, 2014).

Im Mai 2015 forderte der Deutsche Ärztetag die Umsetzung der genannten Leitlinie auf allen Qualifizierungsebenen. Das Thema solle systematisch und umfassend in die Längsschnittcurricula im Medizinstudium eingebaut werden. Es sollte bei der Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung berücksichtigt werden. Der Erwerb von Weiterbildungsqualifikationen würde dann voraussetzen, dass die nötigen Kenntnisse und Fähigkeiten in diesem Bereich erworben wurden. (Bundesärztekammer, 2015).

2.2 Definition: Häusliche Gewalt

Der Begriff „*häusliche Gewalt*“ bezeichnet „gewalttätige Übergriffe innerhalb einer partnerschaftlichen Beziehung oder zwischen erwachsenen Personen, die in einem Angehörigenverhältnis zueinander stehen und/oder in einem Haushalt zusammen leben (z.B. Gewalt gegenüber Ehepartnern, zu pflegenden Angehörigen, Gewalt erwachsener Kinder gegenüber Eltern), auch unabhängig vom Ort des Geschehens“ (Hornberg et al., 2008, p. 53). Häufig ist zwar die Wohnung der Tatort, aber auch Bereiche, die außerhalb der Wohnung liegen, z.B. Kindereinrichtungen, Straße, Geschäfte und Arbeitsstellen, können Tatort sein. Unter „*Gewalt in der Familie*“ wird Misshandlung und sexueller Missbrauch von Kindern gefasst.

In der Literatur wird zusätzlich zum Begriff „häusliche Gewalt“ (domestic violence) der Begriff der „*Partnerschaftsgewalt*“ (intimate partner violence) definiert. Darunter wird die Gewalt zwischen erwachsenen Partnern bei bestehender, sich auflösender oder aufgelöster Partnerschaft verstanden (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014)..

2.3 Art der Gewalttaten bei häuslicher Gewalt

Weder häusliche Gewalt noch Gewalt in der Familie oder Partnerschaftsgewalt sind strafrechtlich definierte Begriffe. Strafrechtlich relevant sind Tatbestände wie Körperverletzung durch Ohrfeigen, Faustschläge, Stöße, Fußtritte, Würgen, Fesseln, tätliche Angriffe mit Gegenständen, Schlag-, Stich- und Schusswaffen sowie Freiheitsberaubung oder Bedrohung bis hin zur versuchten oder vollendeten Tötung. Weitere Delikte, bei denen häusliche Gewalt eine Rolle spielen, sind Hausfriedensbruch, Vortäuschen einer Straftat oder Beleidigung sowie Erpressung oder Sachbeschädigung (Bundeskriminalamt, 2016).

Als sexualisierte Gewalt werden Handlungen mit geschlechtlichem Bezug ohne Einwilligung oder Einwilligungsfähigkeit der Betroffenen, wie z.B. sexuelle Nötigung, Vergewaltigung und sexueller Missbrauch von Kindern bezeichnet. Der Begriff „sexualisierte Gewalt“ weist darauf hin, dass die Tat nicht als Ausleben sexueller Bedürfnisse zu deuten sei, sondern als Ausübung von Macht, dass die Täter nicht Opfer im Sinn von Fehlritten und die Opfer nicht Mittäter im Sinn von Provokateuren seien (Hellbernd, 2003b; World Health Organization, 2014).

Weniger fassbar ist ausgeübte „psychische Gewalt“, wie soziale Isolation, Kontrolle der Kontakte, Drohungen, der Frau / den Kindern etwas anzutun, Beleidigungen, Demütigungen, Erzeugen von Schuldgefühlen, Essensentzug, Einschüchterungen, Für-Verrückt-Erklären oder auch Arbeitsverbote bzw. Zwang zur Arbeit oder die alleinige Verfügungsmacht über finanzielle Ressourcen mit Schaffung einer finanziellen Abhängigkeit (Ferrari et al., 2016).

Zu häuslicher Gewalt bzw. Partnerschaftsgewalt wird auch Stalking gezählt. Dieses beinhaltet das wiederholte, ungewollte Bedrängen und Kontaktieren, das Angst oder Sorge um die eigene Gesundheit auslöst oder die Sorge um Andere (z.B. Familienmitglieder, enge Freunde) (World Health Organization, 2014). Dieser Tatbestand der „Nachstellung“ wurde 2007 unter §238 ins Strafgesetzbuch eingefügt und wird dort beschrieben als ein willentliches und wiederholtes (beharrliches) Verfolgen oder Belästigen einer Person, deren physische oder psychische Unversehrtheit dadurch unmittelbar, mittelbar oder langfristig bedroht und geschädigt werden kann (Keller, 2016).

2.4 Prävalenz häuslicher Gewalt

Die weltweite Lebenszeitprävalenz von Partnerschaftsgewalt für Frauen, die jemals in einer Partnerschaft gelebt haben, wird mit 30% angegeben (World Health Organization, 2013). Abbildung 1 zeigt die regionalen Prävalenzraten von Partnerschaftsgewalt nach WHO-Regionen.

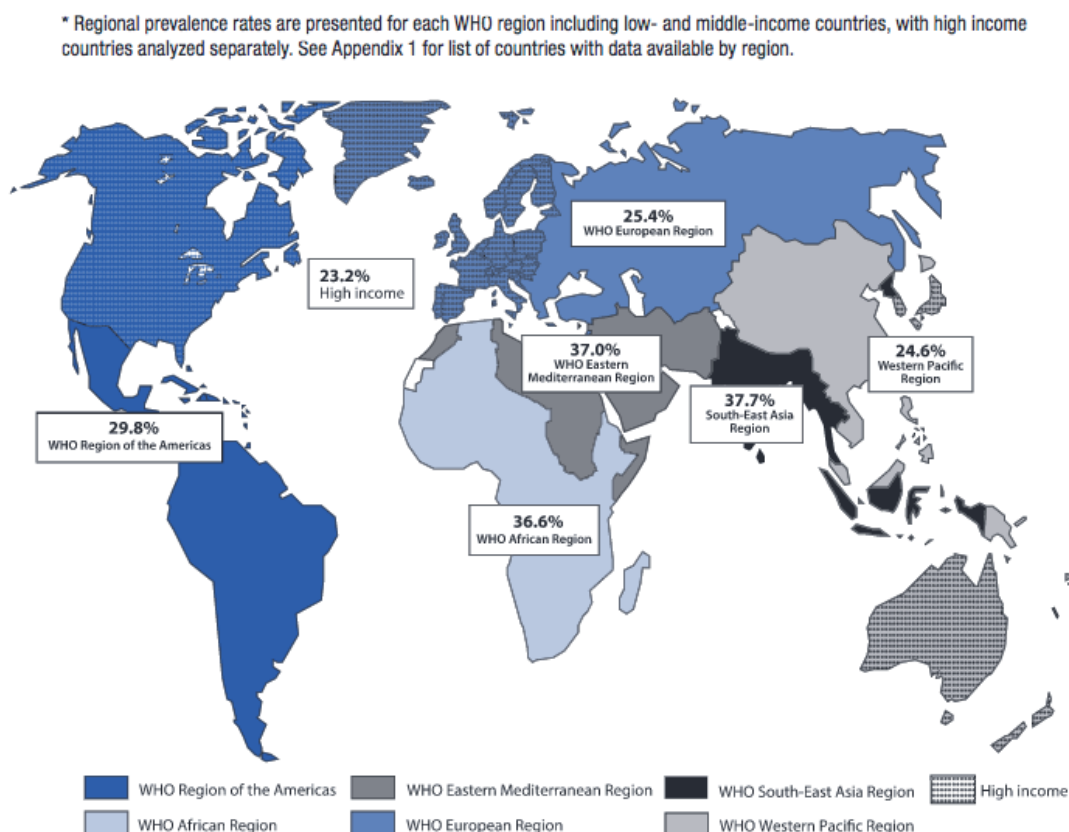


Abbildung 1: Regionale Prävalenzraten von Partnerschaftsgewalt gegen Frauen nach WHO-Regionen (World Health Organization, 2013)

Die Europäische Agentur für Grundrechte gab in der Studie zu gesundheitlichen Folgen von Gewalt und Inanspruchnahme von Hilfeangeboten in Europa für die EU im Jahr 2014 eine Lebenszeitprävalenz von Gewalt gegen Frauen von 22% für körperliche oder sexualisierte Gewalt und von 43% für psychische Gewalt an. Diese Erhebung über Gewalt gegen Frauen basiert auf persönlichen Befragungen von 42.000 Frauen. In der Europäischen Union und weltweit ist sie die bisher umfassendste Erhebung über die Erfahrungen von Frauen mit Gewalt. 7% der Frauen zwischen 18 und 74 Jahren berichteten, in den 12 Monaten vor der Befragung körperliche Gewalt erfahren zu haben. 2% berichteten von sexueller Gewalt (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

Im europäischen Vergleich liegt in Deutschland die Anzahl betroffener Frauen, die jemals in einer Partnerschaft gelebt haben, leicht über dem Durchschnitt. 35% der deutschen Frauen gaben an, körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch einen Partner / eine Partnerin oder eine andere Person seit ihrem 15. Lebensjahr erfahren zu haben. 20% berichteten von körperlicher Gewalt durch einen Partner/eine Partnerin, 8% von sexueller Gewalt durch einen Partner/eine Partnerin und 7% durch eine andere Person als den Partner/die Partnerin. 50% hatten eine Form der psychischen Gewalt durch aktuelle oder frühere Partner erlebt. 44% hatten körperliche, sexuelle oder psychische Gewalterlebnisse vor ihrem 15. Lebensjahr durch einen erwachsenen Täter / eine erwachsene Täterin angegeben. 24% hatten Stalking seit ihrem 15. Lebensjahr erfahren. 60% der Frauen haben mindestens eine Form der sexuellen Belästigung erfahren (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

In einer groß angelegten Gewaltprävalenzstudie mit 10.264 repräsentativ ermittelten, telefonisch interviewten Frauen in Deutschland (Müller & Schröttle, 2004; Hornberg et al., 2008) gaben 13% der befragten 16- bis 85-jährigen Frauen an, jemals in ihrem Leben vergewaltigt oder sexuell genötigt worden zu sein. Drei Viertel der Täter gehörten dem sozialen Umfeld der Betroffenen an, waren Bekannte, Freunde oder Beziehungspartner. 25% der Befragten berichteten von Gewalt durch einen (Ex-)Partner. 50% der betroffenen Frauen hatten zum Zeitpunkt der Gewalt Kinder oder waren schwanger. Über die Hälfte gab an, dass die Kinder die Situation mit angehört oder gesehen hatten. Von einer hohen Überschneidung von häuslicher Gewalt und Gewalt gegen Kinder muss ausgegangen werden (Franken et al., 2018).

Eine andere europäische Studie fand Männer in nahezu gleicher Häufigkeit betroffen (Costa et al., 2015). In einer englischen Befragung von Männern, die sich in allgemeinmedizinischen Ambulanzen vorstellten, gaben 22,7% an, jemals negativem Druck durch einen Partner ausgesetzt gewesen zu sein. Alle negativen Verhaltensweisen waren mit einem doppelt oder

dreifach so hohem Vorhandensein von Angst- und Depressionssymptomen verbunden (Hester et al., 2015). Die Diskussion um die „Gendersymmetrie“ bei Partnerschaftsgewalt wird im wissenschaftlichen Diskurs heftig geführt (Archer, 2000; Frieze, 2000; O'Leary, 2000), zumal sich in Gewaltprävalenzstudien insgesamt hohe Diskrepanzen finden (Simmons & Swahnberg, 2019). Auch die gegenseitig in Partnerschaften zugefügte Gewalt scheint hoch zu sein (Archer, 2000) und dies geht mit häufigerer körperlicher Verletzung beiderseits einher (Whitaker et al., 2007). Allerdings scheint durch Männer ausgeübte Gewalt bei (Ex-) Partnerinnen mit gravierenderen psychischen Folgestörungen und mit schwereren Verletzungsraten verbunden zu sein (Archer, 2000).

Laut Bundeskriminalamt waren In Deutschland im Jahr 2015 knapp 82% der Personen, die Opfer von Mord, Totschlag, Körperverletzung, Vergewaltigung, sexueller Nötigung, Bedrohung oder Stalking durch ihre Partner oder Ex-Partner geworden sind, Frauen (Bundeskriminalamt, 2016). Eine Metaanalyse über Mordberichte aus über 66 Ländern fand, dass 13,5% der Morde durch einen Intimpartner verübt worden waren, davon waren sechsmal mehr Frauen Opfer. Der erhebliche Anteil an unbekannten Beziehungen zwischen Opfern und Tätern lässt zusätzlich eine hohe Dunkelziffer vermuten. Mindestens einer von sieben Morden weltweit und mehr als ein Drittel der Morde an Frauen wurden durch einen Intimpartner verübt. Diesen Taten ging meistens eine lange Geschichte von häuslicher Gewalt voraus (Stöckl et al., 2013).

2.5 Prävalenz häuslicher Gewalt in Sachsen

Mit Erlass des Sächsischen Ministeriums für Inneres zum „In-Kraft-Treten des Gewaltschutzgesetzes“ vom 3. Januar 2002 sind Straftaten der häuslichen Gewalt im Freistaat Sachsen mit einem vorgegebenen Katalogwert im Polizeilichen Auskunftssystem Sachsen (PASS) zu kennzeichnen (Keller, 2016). Im Jahr 2014 wurden laut des „Lagebildes Häusliche Gewalt“ des Landeskriminalamtes Sachsen 3.153 Fälle häuslicher Gewalt als Straftaten von der Polizei erfasst. Der Anteil nicht-Deutscher Opfer lag bei 9,6%. Bei zwei Drittel der Fälle handelte es sich um Körperverletzungen. 77,1% der Opfer waren Frauen, davon waren 37 zum Tatzeitpunkt schwanger. 1.876 der 2.311 Tatverdächtigen waren männlich. Die Täter waren in der Regel Familienangehörige, zumeist der (Ehe)Partner oder die (Schwieger)Eltern (Landeskriminalamt Sachsen, 2015, 2016).

Für die Bundesrepublik Deutschland findet sich in der Kriminalstatistik der Länder weder eine einheitliche Definition noch eine einheitliche Dokumentation von häuslicher Gewalt (Bundeskriminalamt, 2019). Der Freistaat Sachsen glich für das Jahr 2016 seine Suchkriterien für den „Lagebericht zu Häuslicher Gewalt“ an das Land Hessen an. Es werden nunmehr alle

Gewaltstraftaten erfasst, bei denen Täter und Opfer in engeren verwandtschaftlichen oder in eheähnlichen Verhältnissen zueinander stehen bzw. standen. Im Jahr 2016 wurden daher deutlich mehr Fälle durch die Sächsische Polizei im Freistaat Sachsen (8.323 Fälle von häuslicher Gewalt und polizeilicher Wegweisung) registriert. Schwerpunkt waren Körperverletzungen mit einem Anteil von 64%, in der Mehrzahl weibliche Personen (67,7%). Etwa jedes dritte Opfer trug nach den Gewaltanwendungen Verletzungen davon (Landeskriminalamt Sachsen, 2016).

Abbildung 2 zeigt die Verteilung der Häufigkeit der erfassten Straftaten für Sachsens Gemeinden für das Jahr 2016. Dresden und Leipzig als städtische Ballungszentren sind Brennpunkte für diese Thematik mit der höchsten Anzahl an Straftaten (Stadt Leipzig 1795 Fälle und Stadt Dresden 1110 Fälle). Der Anteil der nichtdeutschen Opfer von Straftaten betrug 13,4%.

Übersicht zur regionalen Verteilung der Straftaten nach Gemeinden

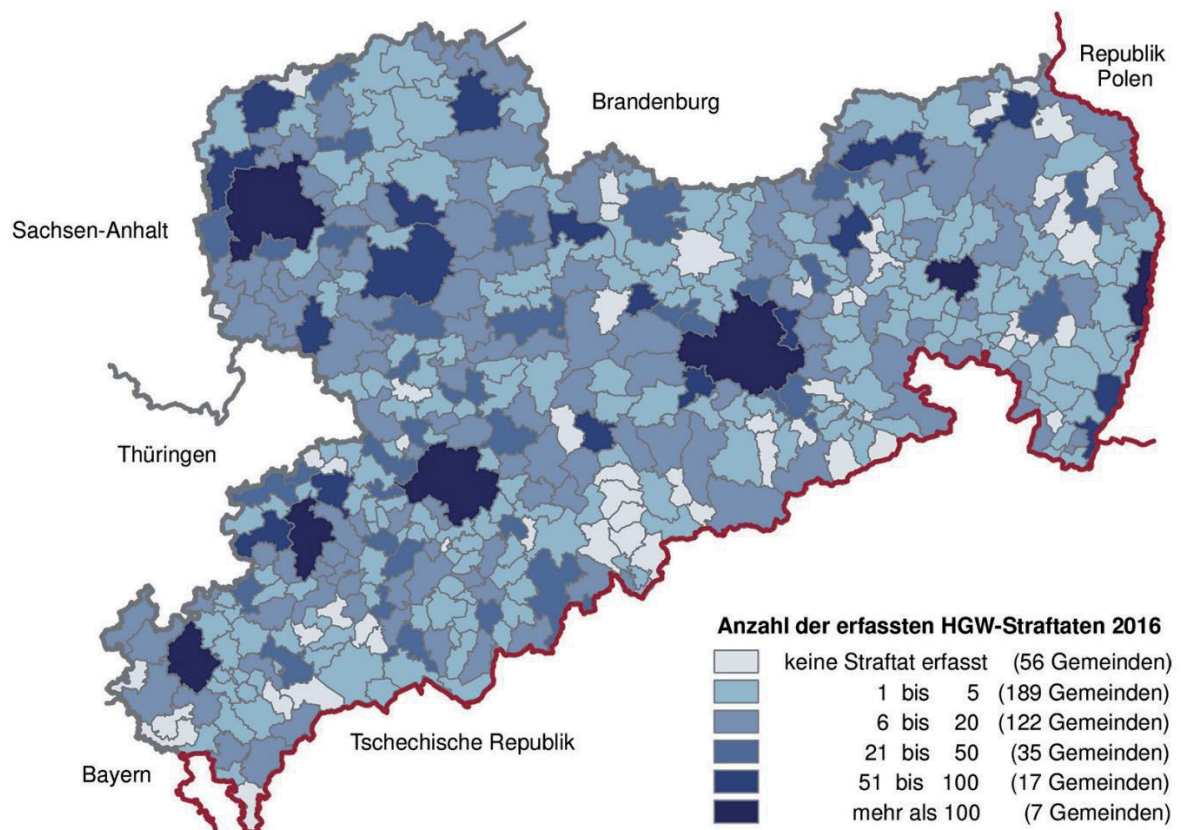


Abbildung 2: Häufigkeit der erfassten Häusliche-Gewalt-Straftaten für Sachsens Gemeinden im Jahr 2016 (Landeskriminalamt Sachsen, 2016, p. Anlage 3)

Allerdings werden bei weitem nicht alle Fälle häuslicher Gewalt polizeibekannt. Auch diese Zahlen stellen daher lediglich eine Schätzung dar. Die 2016 veröffentlichte Dunkelfeldstudie der Landespolizei in Mecklenburg-Vorpommern belegt ein hohes Dunkelfeld im Bereich häusliche Gewalt und Sexualdelikte. Bei 98,4% aller Fälle von häuslicher Gewalt und 98,9% aller Sexualstraftaten wird nicht die Polizei hinzugezogen bzw. wird nicht Anzeige erstattet (Balschmiter et al., 2017).

2.6 Gesundheitliche Folgen häuslicher Gewalt

Die gesundheitlichen Folgen häuslichen Gewalterlebens sind äußerst vielfältig. Neben rein körperlichen Verletzungen, wie Hämatomen, Schnittwunden oder Frakturen, leiden viele Opfer unter psychosomatischen Folgeerscheinungen (beispielsweise Schmerzsyndromen, urogenitale Beschwerden oder Magen-Darm-Störungen). Beobachtet werden im Sinne dysfunktionaler Bewältigungsstrategien auch Alkohol- und Medikamentenabusus. Außerdem leiden Betroffene häufig unter Symptomen psychischer Störungen, wie Angst, Schlafstörungen, depressiven Verstimmungen und posttraumatischen Belastungssymptomen (Müller & Schröttle, 2004; Ellsberg et al., 2008; Ferrari et al., 2016). In der europäischen Untersuchung von 2014 litten Opfer von Gewaltanwendung durch Partner oder andere Personen an psychischen Langzeitfolgen, wie Verlust von Selbstvertrauen, Verletzlichkeit und Ängstlichkeit. Frauen, die Gewalt in der Partnerschaft erleben, leiden vermutlich unter mehr verschiedenen psychischen Langzeitfolgen als Frauen, denen Gewalt durch eine andere Person angetan wird. Dieses Ergebnis spiegelt nicht nur Reaktionen auf die schwerwiegendsten Fälle von Gewalt durch Partner wider, wonach in der Erhebung gefragt wurde, sondern auch die Tatsache, dass es bei Gewalt von Partnern mit größerer Wahrscheinlichkeit mehrere Vorfälle über einen langen Zeitraum hinweg gegeben hat (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

Zu ähnlichen Befunden kam auch die deutsche Prävalenzstudie, eine repräsentative Befragung von 10.264 Frauen zwischen 16 und 85 Jahren im Jahr 2004. Tabelle 1 fasst die Ergebnisse für das berichtete Gewalterleben und die Anzahl der körperlichen Beschwerden zusammen (Hornberg et al., 2008).

	seit 16. Lebensjahr jemals erlebt	mehr als 11 körperliche Beschwerden in den letzten 12 Monaten	mehr als 7 körperliche Beschwerden in den letzten 12 Monaten
Körperliche Gewalt	37,0%	46,4%	63,1%
Sexuelle Gewalt	13,0%	54,7%	71,8%
Körperliche Gewalt durch (Ex-)Partner erlebt*	25,0%	48,2%	65,2%
Sexuelle Belästigung erlebt	58,0%	40,7%	58,0%
Psychische Gewalt erlebt	42,0%	45,8%	64,8%
*Nur Frauen, die aktuell oder früher in Partnerschaften gelebt haben			

Tabelle 1: Gewalterfahrungen und aktuelle Gesundheit anhand der Anzahl von psychischen und körperlichen Beschwerden in den letzten 12 Monaten (Hornberg et al., 2008)

In Sachsen trug im Jahr 2016 etwa jedes dritte Opfer Verletzungen durch Gewaltanwendungen davon, die bei 1.694 Opfern medizinisch versorgt werden mussten. Bei Mehrfachopfern wurden Verletzungsfolgen zu jeder einzelnen Straftat erfasst (Landeskriminalamt Sachsen, 2016, p. 5). Tabelle 2 zeigt die durch die Polizei im Jahr 2016 erfassten Verletzungen infolge häuslicher Gewalt.

Art der Verletzung	Ge- schlecht des Opfers	Altersgruppen					Gesamt
		Kinder	Jugend- liche	Heran- wachs.	Erwach- sene	keine Alters- angabe	
keine Verletzungen	weiblich	228	144	171	2 244	9	2 796
	männlich	198	65	46	797	1	1 107
	unbek.	1	-	-	-	1	2
leichte Verletzungen ohne ärztliche Behandlung	weiblich	96	123	150	1 734	-	2 103
	männlich	106	82	45	663	-	896
leichte Verletzungen mit ambulanter Behandlung	weiblich	41	58	91	936	-	1 126
	männlich	69	28	23	324	-	444
schwere Verletzungen mit stationärer Behandlung	weiblich	12	1	3	58	-	74
	männlich	10	2	3	29	-	44
schwere Verletzungen mit bleibenden Folgen	weiblich	1	-	-	1	-	2
	männlich	2	-	-	2	-	4
Tod*	weiblich	-	-	-	9	-	9
	männlich	3	-	-	2	-	5
keine Angaben	weiblich	20	14	19	257	-	310
	männlich	23	5	6	95	1	130

* Diese Opfer wurden bei folgenden Straftatbeständen registriert:

- | | |
|---|------------------------------------|
| - Mord gem. § 211 StGB | 1 weibliches Opfer |
| - Totschlag gem. § 212 StGB | 4 weibliche und 2 männliche Opfer |
| - Tötung auf Verlangen gem. § 216 StGB | 2 männliche Opfer |
| - fahrlässige Tötung gem. § 222 StGB | 2 weibliche und 1 männliches Opfer |
| - unterlassene Hilfeleistung gem. § 323c StGB | 2 weibliche Opfer |

Tabelle 2: Polizeilich erfasste Verletzungen infolge häuslicher Gewalt im Jahr 2016 (Landeskriminalamt Sachsen, 2016, p. 5)

Diese Folgen häuslicher Gewalt sind mit hohen Kosten für die Versichertengemeinschaft verbunden (Waters et al., 2005; Brzank, 2009; Chan & Cho, 2010), da sie häufig zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen (Wieners & Winterholler, 2016).

2.7 Medizinische Versorgungsrelevanz Thema häusliche Gewalt - Schlüsselstelle Gesundheitswesen

Die Wahrscheinlichkeit, im medizinischen Alltag Menschen zu begegnen, die häusliche Gewalt oder auch sexualisierte Gewalt als Erwachsene oder als Kind erlebt haben, ist somit sehr hoch. Allerdings öffnet sich nur ein geringer Prozentsatz der Betroffenen direkt von sich aus. Ärztinnen und Ärzte dagegen gehen in der Regel davon aus, dass sich Betroffene an spezialisierte Beratungsstellen wenden und errahnen selten das Bedürfnis der Betroffenen, gerade durch ihre Ärztin oder Arzt auf die Problematik angesprochen zu werden (Hellbernd, 2003b). Viele misshandelte Frauen wenden sich weder an eine Beratungsstelle noch an die Polizei, sondern würden sich gerne ihren Ärztinnen und Ärzten anvertrauen (Mark, 2000). Auch in der Europäischen Studie hatten lediglich 11% der Frauen, die schwerwiegende Vorfälle von körperlicher und/oder sexueller Gewalt in der Partnerschaft erlebt hatten, dies der Polizei auch gemeldet. Auch hatten sich nur 10% derjenigen, die Gewalt von einer anderen Person als dem Partner oder die Partnerin erlebt haben, an die Polizei gewandt. Sehr niedrig war die Zahl der Frauen, die Kontakt mit einem Frauenhaus oder mit Opferschutzeinrichtungen aufgenommen hatten. Nur 3% der Frauen die in einer Partnerschaft lebten und 1-2% außerhalb einer Partnerschaft suchten ein Frauenhaus oder eine Opferschutzeinrichtung auf. Hingegen hatten 20% der Frauen nach Gewalterfahrungen in der Partnerschaft medizinische Einrichtungen aufgesucht (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

2.8 Netzwerke zur Bekämpfung häuslicher Gewalt

In vielen Arbeitskreisen und Runden Tischen zum Thema häusliche Gewalt arbeiten Frauenhäuser und Frauenberatungsstellen, kommunale Frauenbeauftragte, Polizei und Justiz eng zusammen. Sie besprechen rechtliche Möglichkeiten des Gewaltschutzgesetzes und des polizeilichen Platzverweises von Gewalttätern aus der Wohnung und entwickeln konkrete Interventionsstrategien vor Ort. Doch Netzwerke gegen häusliche Gewalt sind auch eine Aufgabe für das Gesundheitswesen. Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen wirken in diesen Netzwerken nur wenig mit.

Die Rolle des Gesundheitssektors in der Begegnung mit dem Thema häusliche Gewalt ist vielfältig. Sie reicht von Gewaltprävention über Sekundärprävention in der Akutversorgung mit

Nachsorge zur Verhinderung von psychischen Gewaltfolgen bis hin zu Tertiärprävention der Regelversorgung mit gezielten Angeboten zur Behandlung von Gewaltfolgen. Abbildung 3 fasst die Handlungsfelder zusammen.



Abbildung 3: Die Rolle der Medizin bei der Bekämpfung häuslicher Gewalt, modifiziert nach García-Moreno (García-Moreno et al., 2015)

Das Gesundheitswesen hat auch multiplikatorischen Charakter. Ärztinnen und Ärzte würden viel bewirken, wenn sie sich mehr an der Vernetzung in Hilfesystemen beteiligen. Nicht zuletzt erreichen sie mit Fortbildungen, z.B. für Einsatzkräfte und Helfergruppen, eine Vielzahl weiterer Klientel. Außerdem sind sie Ansprechpartner für Angehörige und andere Dritte, wie Pädagogen, Behörden oder Juristen. Diese Schlüsselposition im Hilfesystem für Betroffene ist allerdings nur durch gezielte und auf sie abgestimmte Maßnahmen zu erreichen (Hellbernd, 2003b; World Health Organization, 2014). Internationale und nationale Präventionsprogramme fordern daher, die medizinische Versorgung und Behandlung so auszugestalten, dass von Gewalt betroffene Frauen (und Männer) sowie Kinder situationsgerecht versorgt und unterstützt werden.

2.9 Europäische Interventionsprojekte zu häuslicher Gewalt

Als Teil des Daphne-II-Programms (Montoya, 2008; Böhne, 2009) wurde von der Europäischen Kommission das Projekt PRO TRAIN zur europaweiten Förderung interdisziplinärer Fortbildungen und Schulungen im Gesundheitswesen finanziert. In diesem Programm wurde nach Sammlung von „best practice“-Beispielen aus den Jahren 2007-2009 ein multi-professionelles Trainingskonzept inklusive vertiefender Module für den

Gesundheitssektor erarbeitet. Ziel aller EU-Daphne-Programme ist es, Organisationen zu unterstützen, die Maßnahmen und Aktionen zur Prävention oder Bekämpfung aller Formen von Gewalt gegen Kinder, Jugendliche und Frauen entwickeln, um die Opfer bzw. die Risikogruppen zu schützen.

2.10 Interventionsprojekte zu häuslicher Gewalt im Gesundheitswesen in Deutschland

Auch im Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von häuslicher Gewalt (Schweikert, 2006) wurde, neben der Berücksichtigung von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund, eine dringliche Handlungsnotwendigkeit insbesondere im Bereich der medizinischen Versorgung gesehen. Einige Ansätze konnten u.a. mit Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) erprobt werden.

2.10.1 Modellprojekt S.I.G.N.A.L. und Netzwerk für Frauengesundheit in Berlin

Implementierungsmaßnahmen haben gezeigt, dass Frauen es als sehr hilfreich erleben, von behandelnden Ärztinnen und Ärzten und Pflegepersonal direkt auf häusliche Gewalt angesprochen zu werden. Der Verein S.I.G.N.A.L. e.V. in Berlin engagiert sich für eine sensible und kompetente Beachtung von Gewalterfahrungen in der gesundheitlichen Versorgung. Jeder Buchstabe im Akronym beschreibt eine Empfehlung in der Versorgung Betroffener und im Umgehen mit Gewalt in Paarbeziehungen (Wieners, 2019):

- S**etzen Sie ein Signal: Sprechen Sie Gewalterfahrungen aktiv an
- I**nterview mit konkreten Fragen
- G**ründliche Untersuchung auf alte und neue Verletzungen
- N**otieren und Dokumentieren aller Befunde
- A**bklären einer aktuellen Gefährdung und des Schutzbedürfnisses
- L**eitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangebote anbieten

Im Modellprojekt S.I.G.N.A.L. war das Fachpersonal der Notaufnahme an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, gezielt für das Vorkommen häuslicher Gewalt sensibilisiert und in regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen im Umgang damit geschult worden (Hellbernd, 2003b). Klares Ergebnis war, dass Sensibilisierungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, wenn sie im Helfersystem gut angenommen werden, sehr Erfolg versprechend sind und sogar präventiv wirksam werden können. Bedauernde Beobachtung aus dem Projekt war allerdings die mangelnde Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten an den Trainingsangeboten. Lediglich gezielte und ganz auf die jeweilige Fachgruppe abgestimmte Angebote hatten diese Zielgruppe erreichen können.

2.10.2 **Modellprojekt MIGG**

Auch das Modellprojekt **"Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen"** (MIGG) wurde in den Jahren 2008-2011 durch das BMFSFJ im Rahmen des Bundesaktionsplanes gefördert. Ziel war es, die gesundheitliche Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen im ambulanten Bereich zu verbessern. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sollten beim Erkennen und Ansprechen der Folgen von Gewalt, der gerichtssicheren Dokumentation und dem fachgerechten Umgang mit den Patientinnen unterstützt werden. An fünf Standorten in Deutschland wurde die Einführung eines Interventionsprogramms auf Basis internationaler Standards in Arztpraxen verschiedener Fachrichtungen erprobt. Projektträger waren das Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf für die Städte Düsseldorf, Kiel und München, S.I.G.N.A.L. e.V. für Berlin und das Gesine-Netzwerk für den Ennepe-Ruhr-Kreis (Graß et al., 2016).

Die im Modellprojekt gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen waren die Basis für eine Informationsmappe für Gesundheitsfachkräfte. Die Veröffentlichung "Häusliche Gewalt: Erkennen und Helfen" unterstützt seither Ärztinnen und Ärzte beim Diagnostizieren, Ansprechen und gerichtsfesten Dokumentieren von Gewalt und ihren körperlichen und seelischen Folgen (Woischnik, 2018).

2.10.3 **Gesine-Netzwerk – Intervention gegen häusliche Gewalt**

Das Ziel des Netzwerkes „Gesundheit EN - Intervention gegen Häusliche Gewalt“ (Gesine) ist die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder im Ennepe-Ruhr-Kreis. Das Netzwerk arbeitet daran, kurze Wege zu spezialisierten Hilfsangeboten für gewaltbetroffene Frauen im Projekteinzugsbereich zu ebnen. Es stellt Betroffenen die Adressen gewaltsensibler Gesundheitsanbieter zur Verfügung sowie Fachkräften im Gesundheitswesen Dokumentationshilfen für eine gerichtsverwertbare ärztliche Dokumentation von Verletzungen. Das Netzwerk bietet eine Fachberatung für Fachkräfte im Gesundheitswesen sowie Fortbildungsangebote und Informationsveranstaltungen an und organisiert Netzwerktreffen. Gesine entwirft und verbreitet Plakate und Informationsmaterial für Betroffene als Aufklärungshilfen (Steffens & Janz, 2019).

2.10.4 iGOBSIS (Gewaltopfer-Beweissicherungs-Informationssystem)

Um den mit häuslicher Gewalt assoziierten vielfältigen Problemen entgegenzuwirken, gibt es in Nordrhein-Westfalen seit ca. zehn Jahren Modelle und Ansätze einer gerichtsverwertbaren Befunddokumentation und Spurensicherung nach Gewalttaten, insbesondere Sexualstraftaten. Sie sollen es Betroffenen ermöglichen, Beweissicherung ohne direkte Anzeigenerstattung durchführen zu lassen. In Entwicklung ist ein Gewaltopfer-Beweissicherungs-Informationssystem (iGOBSIS), das alle Anforderungen an ein qualitätsgesichertes System zur vertraulichen Spurensicherung erfüllen soll. Zu diesen Anforderungen zählen u. a.:

- gerichtsfeste Dokumentation und Spurensicherung anhand einer rechtsmedizinischen Beratung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte mit Hilfe einer professionellen Kommunikationsplattform in rechts- und datensicherer Form
- Archivierung der Befunde in einer Datenbank in rechts- und datensicherer Form

Nachdem iGOBSIS in Modell-Kliniken sowie –praxen und einem nordrhein-westfälischen Institut für Rechtsmedizin erfolgreich etabliert wurde, werden die Projektziele und die Praxistauglichkeit des Systems gegenwärtig im Echteinsatz geprüft (Gahr & Ritz-Timme, 2018).

2.11 Maßnahmen zum Thema häusliche Gewalt im sächsischen Gesundheitswesen

Auch in Sachsen ist das Thema häusliche Gewalt seit langem im Blickfeld von Politik und Sozialberatungsinstitutionen. Frauenhäuser und themenbezogene Beratungsstellen bestehen seit 1989/1990 in unterschiedlicher Trägerschaft. Nach einem Kabinettsbeschluss im Jahr 2003 schlossen sich vier Ministerien und Vertreter von Nichtregierungsorganisationen (z.B. Landesarbeitsgemeinschaft der Frauen- und Kinderschutzeinrichtungen, Liga der freien Wohlfahrtsverbände, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen, Opferhilfe, WEISSER RING, kommunale Spitzenverbände u.v.a.) zu einem Lenkungsausschuss zur Bekämpfung häuslicher Gewalt zusammen, der sich gezielt mit dieser Problematik befasst. Organisatorisch ist dieser mittlerweile am Sächsischen Landespräventionsrat angebunden. Er wird geleitet durch das Staatsministerium für Integration und Gleichstellung am Sächsischen Ministerium für Soziales und Verbraucherschutz (Landespräventionsrat Sachsen, 2019).

Vom Lenkungsausschuss zur Bekämpfung häuslicher Gewalt wurde 2006 der Landesaktionsplan Sachsen zur Bekämpfung häuslicher Gewalt in Sachsen erarbeitet. Er wählte folgende Definition: „Häusliche Gewalt umfasst Gewalt in ihren vielfältigen

Erscheinungsformen, insbesondere als physische, psychische und sexualisierte Gewalt zwischen erwachsenen Personen und gegenüber Kindern und Jugendlichen, die in persönlicher, insbesondere familiärer Beziehung zum Gewaltanwender stehen oder gestanden haben.“ (Landespräventionsrat Sachsen, 2010, p. 6) Diese Form der Gewaltausübung fände nicht nur im innerfamiliären Bereich, sondern auch in anderen Lebensbereichen statt. Es wurde gefordert, dass alle in den Landesaktionsplan aufzunehmenden Maßnahmen das Ziel verfolgen müssten, nicht nur Gewalt oder Bedrohung in der Akutsituation zu beenden, sondern den betroffenen Menschen konkrete Perspektiven für ein dauerhaft gewaltfreies Leben zu eröffnen. Dies setze voraus, dass neben der polizeilichen und justiziellen Reaktion eine effektive Beratung der Opfer und der Täter sowie adäquate Hilfen für alle Betroffenen angeboten werden könne. (Landespräventionsrat Sachsen, 2010, 2013).

Wie in ganz Deutschland wurde auch für Sachsen ein dringender Handlungsbedarf hinsichtlich der Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte im Gesundheitswesen beschrieben. Es sei notwendig, das Themengebiet bereits in der Ausbildung der Ärzte, Hebammen und des medizinischen Fachpersonals zu verankern, um diese zu befähigen, ihre Schlüsselrolle in der Hilfestruktur zur Bekämpfung häuslicher Gewalt angemessen auszufüllen. Auch wurde damals beklagt, dass der Themenkomplex häusliche Gewalt weder in der Approbationsordnung für Ärzte noch in den Studienordnungen für den Studiengang Medizin an den sächsischen Universitäten explizit erwähnt werde. Trotz Fortbildungen zum Themenkomplex häusliche Gewalt würden diese noch nicht flächendeckend und in ausreichendem Umfang angeboten (Landespräventionsrat Sachsen, 2013).

In Folge dieses Aktionsplanes sind in Sachsen verschiedene Maßnahmen ergriffen worden. Die Interventions- und Koordinierungsstellen zur Beratung nach häuslicher Gewalt bieten ihre Hilfe mittlerweile in sieben Regionen Sachsens an. Von diesen Stellen wird dringend eine Verknüpfung mit den übrigen Fachkräften im Gesundheitssystem, hier insbesondere dem ärztlichen und dem psychotherapeutischen System, eingefordert.

Durch Kooperationen, z.B. zwischen dem Sächsischem Staatsministerium für Soziales, dem Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Dresden und der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK), verbesserte sich das Weiterbildungsangebot für Ärzte auch in Sachsen deutlich. Die Fachkommission der SLÄK, die 1994 als "Kommission Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger" gegründet wurde, erweiterte 2007 ihr Aufgabenspektrum zu "Kommission Häusliche Gewalt - Gewalt in der Familie". Unter Federführung der SLÄK entstand im Jahr 2007 in Zusammenarbeit mit der Unter-AG Gesundheit des Lenkungsausschusses der „Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte zum Umgang mit Opfern

häuslicher Gewalt“ (Erfurt et al., 2007). Initiiert durch die Fachkommission der SLÄK - wie auch unabhängig davon - fanden zahlreiche Fortbildungen zur Thematik häusliche Gewalt für Ärzte und auch Angehörige andere Berufe, die damit in Berührung kommen, statt.

Trotz dieser vielfältigen Bemühungen blieben die Verbindungen zwischen beratendem Hilfenetzwerk und dem Gesundheitswesen lückenhaft. Es fehlte die Einbindung in ein multiprofessionell orientiertes Rahmenkonzept mit umfassender Darstellung. Der Bereich psychische Folgen häuslicher Gewalt war z.B. in diesen Veranstaltungen deutlich unterrepräsentiert. Auch eine ausreichende Vernetzung der bereits bestehenden hervorragenden Angebote stand aus. Vor allem aber fehlten Konzepte, das Wissen über Vorkommen und Umgang mit häuslicher Gewalt in die gesundheitsmedizinische Praxis zu implementieren.

2.12 Maßnahmen zum Thema häusliche Gewalt in der Stadt Dresden

Auch in Dresden besteht eine lange Tradition antigewaltzentrierter Arbeit. Um dem Problem der Fragmentierung vorhandener Angebote zu begegnen, ist das „Bündnis gegen häusliche Gewalt Dresden“ etabliert worden, in dem sich Einrichtungen aus den verschiedensten Sparten, die mit dem Thema häusliche Gewalt befasst sind, zu einem regelmäßigen Austausch zusammenfinden. Neben Polizei, Justiz, Verwaltung und sozialberaterischen Anbietern nimmt auch die Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Universitätsklinik Carl Gustav Carus teil (Blisse et al., 2014).

Ein ausreichender Transfer dieser Arbeit zu nicht primär mit dem Thema befassten Fachkräften im Gesundheitswesen war damit aber noch nicht gegeben. Wie eine Untersuchung bestehender traumabezogener Angebote in Sachsen (Schellong et al., 2013) zeigte, ist Dresden zwar in der Quantität potentieller Versorger anderen, vor allem ländlichen Regionen überlegen. Allerdings wurden diese Versorger auf Grund unzureichender Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssystem auch in Dresden oft nicht in Anspruch genommen.

Eine der Initiativen in der Stadt Dresden war das Projekt „Hinsehen-Erkennen-Handeln“ (Hinsehen-Erkennen-Handeln, 2019), das im Folgenden ausführlich geschildert werden soll, da in dessen Rahmen zwei der drei in dieser Arbeit vorgestellten Befragungen durchgeführt worden waren und seine Nachwirkung Anlass zur dritten hier berichteten Befragung gegeben hat.

3 Projekt „Hinsehen-Erkennen-Handeln“ (HEH)

Das Dresdner Modellprojekt „Hinsehen-Erkennen-Handeln. Aktive Hilfen im Gesundheitswesen. Modellprojekt zur Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften im Gesundheitssystem für das Thema Häusliche Gewalt und Gewalt in der Familie in Dresden“ (im weiteren Projekt HEH) stellte sich der Aufgabe, Fachkräfte im Gesundheitswesen (Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Pflegekräfte usw.) für das Thema häusliche Gewalt zu sensibilisieren und zu qualifizieren. Analysen im Vorfeld gaben Aufschluss über Fortbildungsbedarfe, Schnittstellen und notwendige Clusterung der Zielgruppen. Durch unterschiedliche Strategien für Zugangsweisen zu den einzelnen Gruppen sollte eine hohe Teilnahme an den Maßnahmen sichergestellt werden. Hierfür wurde ein multimethodisches Vorgehen unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen im jeweiligen System geplant. Über diese gezielten Trainingsmaßnahmen sollten auch individuelle Belastungen sowie Entlastungsmöglichkeiten der Gesundheitsfachkräfte im Umgang mit dieser komplexen Thematik beachtet werden. Langfristiges Ziel war zudem die Verankerung der Thematik in den fachspezifischen lokalen Fortbildungscurricula.

Gefördert wurde das Projekt HEH¹ für die Jahre 2008 bis 2010 durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS), unterstützt durch die GWT-TUD GmbH.

3.1 Strategisches Vorgehen

Um Zugang zu den einzelnen Gruppen zu finden, wurde zunächst ein Strategieplan entwickelt. Die einzelnen Zielgruppen wurden nach Clustern geordnet (z.B. Ärztin/Arzt, Pflegekräfte bzw. ambulant oder stationär).

3.1.1 Gremien und Kooperationen

Mit Unterstützung des SMS wurde ein fachlicher Beirat eingerichtet. Die Bedeutung des Themas sollte durch die Mithilfe von Mediatoren für die einzelnen Fachgruppen unterstrichen

¹ Eingereicht worden war das Projekt von Dr. med. univ. Julia Schellong, gemeinsam mit Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner und Prof. Dr. med. habil. Peter Joraschky und den Kooperationspartnern Prof. Dr. med. habil. Christine Erfurt und Dr. med. Uwe Schmidt aus dem Institut für Rechtsmedizin der TU Dresden.

Mitarbeiter im Projekt HEH waren: Dipl.-Psych. Antje Isaack, Bianca Noack, Veronique Dreißig, Johanna Suchner, Dipl. Soz.-Päd. Peggy Györkös und Dipl.-Psych. Franziska Epple. Beteiligt waren außerdem die Anwältin Anca Kübler und Frau Dipl.-Soz.-Päd. Sylvia Müller von der Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle (D.I.K.) zur Bekämpfung häuslicher Gewalt.

werden. Durch das Einbeziehen übergeordneter Einrichtungen (Fachverbände, Interessensvertretungen, Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer etc.) sollte eine breite Basis gewährleistet werden.

Für den stationären Bereich wurde zusätzlich zu der Unterstützung durch den Arbeitgeber (Fachverantwortliche, Ärztliche Direktionen und Verwaltungsleitungen) auch die des Personalrates eingeholt.

Durch die Kooperation mit den Anbietern im Beratungs- und spezialisierten Behandlungssystem sollte - ausgehend von speziellen Einrichtungen, wie z.B. den Dresdner Frauenberatungsstellen, der Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle zur Bekämpfung häuslicher Gewalt (D.I.K.) - eine effiziente horizontale Vernetzung verstärkt werden. Bei den örtlichen Kooperationstreffen (Bündnis gegen häusliche Gewalt Dresden) wurde der Fortgang des Projektes regelmäßig bekannt gemacht. Durch Kontaktpflege mit Ansprechpartnern in der Stadt Dresden, die das Projekt unterstützten (Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte der Stadt Dresden und der jeweiligen Einrichtungen, Kriminalpräventiver Rat usw.), sollte eine gute Kooperation innerhalb der städtischen Einrichtungen und Kooperationspartner erreicht werden.

3.1.2 *Entwicklung anwendungsorientierter Materialien*

Basierend auf der Clusterbildung in den beteiligten Zielgruppen wurden fachspezifische Module und an die jeweiligen Bedürfnisse angepasste Handlungsleitfäden entwickelt, die den Grundstock der Fortbildungsprogramme bildeten. Vorhandenes Material aus anderen nationalen und internationalen Regionen (Montoya, 2008; Bohne, 2009) wurde hierfür Sachsen- und Dresden-spezifisch adaptiert.

Die Fortbildungen wurden als Vortrag mit PowerPoint-Präsentation und anschließender Diskussion gestaltet. Interaktive Übungen (z.B. Rollenspiele) waren bei erweitertem Zeitrahmen möglich.

Dokumentationsbogen

In enger Zusammenarbeit mit dem Institut für Rechtsmedizin wurde ein möglichst nutzergerecht auszufüllender und gleichzeitig alle wesentlichen Punkte beinhaltender Dokumentationsbogen entwickelt. Der Dokumentationsbogen konnte mit Hilfe des Staatsministeriums für Soziales dem damals bereits bestehenden Sächsischen Leitfaden für Ärzte zum Umgang mit Opfern Häuslicher Gewalt aus dem Jahr 2007 beigeheftet werden.

Patientenfragebogen zu psychischen Belastungen und Auswertungsbogen

Da sich die Folgen von häuslicher Gewalt nicht nur körperlich, sondern auch psychisch auswirken, wurde ein Kurzfragebogen aus evaluierten Screeningfragen zu Depression und Angst (Gräfe et al., 2004), Posttraumatischer Belastungsstörung (Prins et al., 2004) und dissoziativen Symptomen (Nijenhuis et al., 1996) zusammengestellt, um gegebenenfalls eine entsprechende spezifische Diagnostik und Behandlung in die Wege zu leiten.

Trainingsmodule für Fortbildungen für Fachkräfte im Gesundheitswesen in Dresden

In Anlehnung an die Handlungsempfehlungen von S.I.G.N.A.L. (Hellbernd, 2003b) und das DAPHNE-Programm der WHO (Montoya, 2008; Bohne, 2009) wurden fachspezifische Trainingsmodule für die jeweilige Zielgruppe unter multiprofessionellem Verständnis entwickelt.

Opferkärtchen

In Anlehnung an die Materialien aus dem DAPHNE-Programm wurde ein visitenkartengroßes Klappkärtchen entwickelt, das alle wesentlichen Telefonnummern und Adressen enthält. Dieses Kärtchen ist unauffällig einzustecken und mitzunehmen und kann unproblematisch vor dem Täter verborgen werden.

Lesezeichen

Eine Übersicht mit allen Beratungsmöglichkeiten in Dresden wurde in Form eines Lesezeichens erstellt.

Plakat für die Arztpraxis

In der Annahme, dass Gewaltbetroffene sich nicht von sich aus trauen, ihre Ärztinnen und Ärzte auf ihre problematische Lebenssituation anzusprechen, wurde ein Plakat entwickelt, das beispielsweise im Warteraum einer ärztlichen Praxis ausgehängt werden konnte.

Infomappen

Zur Weitergabe der Schulungsunterlagen und des Informationsmaterials wurden Mappen entwickelt, die die wesentlichen Informationen (z.B. eine kurze Handlungsanleitung, die Kontaktdaten der Ansprechpartner innerhalb des Projektes und der Beratungsstellen) enthielten. Durch die Redundanz der zentralen Informationen auf verschiedenen Materialien sollte ein leichteres Auffinden und besseres Einprägen erreicht werden. Diese Mappen wurden mit einem Ausdruck der gezeigten PowerPoint-Präsentation und den Materialien befüllt und zusammen mit dem als Ordner gestalteten ärztlichen Leitfaden an die Fortbildungsteilnehmer verteilt.

3.2 Digitale Verfügbarkeit der Materialien

3.2.1 Homepage „Hinsehen-Erkennen-Handeln“

Das projekteigene Portal (www.hinsehen-erkennen-handeln.de) liefert Informationen über häuslich Gewalt und einen freien Download für die entwickelten Materialien für die klinische Arbeit (Dokumentationsbogen, Fragebogen zur psychischen Gesundheit inkl. Auswertungsbogen und Ärztlicher Leitfaden zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt). Dieses Portal wurde in Absprache mit den Projektmitgliedern und externen Beratern unterschiedlicher Professionen laufend vervollständigt. Auf dieser Seite finden sich unter anderem auch Informationen für den Umgang mit Kindeswohlgefährdung.

Diese Homepage wird auch nach Projektende ehrenamtlich weiter gepflegt.

3.2.2 Intranetbutton „Gewalt“ und „häusliche Gewalt“

Auf der Intranetseite des Universitätsklinikums Dresden besteht für Mitarbeiter die Möglichkeit, mittels zehn Buttons den Pfad zu wesentlichen Informationen auf den ersten Blick sichtbar zu machen. So ist z.B. die klinikumsinterne Notrufnummer mit einem Button repräsentiert, der durch kurze und knappe zielführende Informationen unterlegt ist. Die Projektbeteiligten konnten die Platzierung eines solchen Buttons für das Thema Gewalt und häusliche Gewalt an prominenter Stelle erreichen. Hierin sind in sehr kurzer Form die wesentlichen Hintergrundinformationen, Dokumentations- und Handlungsempfehlungen und Hilfemöglichkeiten zusammengestellt und für alle Mitarbeiter des Klinikums zugänglich gemacht. Durch die ständige optische Präsenz auf der Intranetseite wird zudem die Relevanz des Themas deutlich, und die notwendigen Informationen sind im Bedarfsfall äußerst komfortabel zugänglich.

3.3 Fortbildungsformate

Mehrere Ansätze wurden gewählt, um möglichst umfassend Fachkräfte im Gesundheitswesen in Dresden zu erreichen. Um eine möglichst große Zielpopulation zu erreichen, wurden die geplanten Fortbildungen zunächst bei Fazilitatoren (Klinikdirektoren, Vorsitzende Hausärzterverband etc.) vorgestellt. Tabelle 3 unter Punkt 3.3.5 fasst die Anzahl der Fortbildungen und die Zahl der Teilnehmenden zusammen.

3.3.1 **Ärzttestammtische**

Ein richtungsweisender Hinweis aus dem wissenschaftlichen Beirat, zu Ärzttestammtischen Kontakt aufzunehmen, konnte aufgegriffen werden. Da keine zentral verfügbaren Verzeichnisse von Stammtischbetreuern vorhanden waren, nahm die Suche nach diesen jedoch einen hohen Zeitanteil innerhalb der Akquisephase in Anspruch. Im Ergebnis der Kontaktaufnahme (insgesamt 20) konnten 13 Ärzttestammtische besucht werden (siehe Tabelle 3). Gelungen ist die Ermittlung schließlich durch das Anschreiben der Berufsverbände (z.B. Berufsverbände der Ophtalmologie, der Gynäkologie, Sächsischer Hausärzteverband), durch persönliche Kontakte und durch Kontakte zu Pharmareferenten.

3.3.2 **Vertiefende Fortbildungen**

Für zwei Fachgruppen wurden, wie bei den Stammtischfortbildungen begrüßt, vertiefende Schulungen angeboten: für Gynäkologie mit acht Stunden an einem Samstag, für Allgemeinmedizin mit drei Stunden an einem Mittwochnachmittag. Beide Fortbildungen wurden sehr positiv evaluiert, waren aber mit insgesamt 20 nur Teilnehmenden nur mäßig gut besucht.

3.3.3 **Klinikinterne Fortbildungen**

Beispielhaft wurde das Dresdner Universitätsklinikum als Krankenhaus der Maximalversorgung ausgewählt. Das Klinikum besteht aus 21 Fachkliniken, sechs interdisziplinären Zentren und drei Instituten. Es verfügte damals über 1.220 Betten und 130 Tagesplätze. Im Universitätsklinikum versorgten etwa 700 Ärztinnen und Ärzte und 1.600 Pflegekräfte jährlich rund 238.500 Patienten (davon stationär: 51.500). Alle Beschäftigten des Universitätsklinikums wurden über die Mitarbeiterzeitung „Carus Intern“ über das Modellprojekt und die Möglichkeit für Schulungen informiert. Außerdem wurde die Klinikleitung per Email über das Angebot unterrichtet.

Ärztinnen und Ärzte am UKD

Erst der persönliche, kollegiale Kontakt zur Klinikleitung ergab allerdings konkrete Termine innerhalb der jeweiligen klinikinternen Fortbildungszeiten. Häufig erfolgte die Abstimmung konkreter Termine dann mit den Fortbildungsverantwortlichen, die es in jeder Klinik gibt. Die Zeitvorgaben klinikinterner Fortbildungen reichten von 15 Minuten bis zu zwei Stunden. Innerhalb des Projektzeitraumes war es möglich, insgesamt sieben Veranstaltungen in sechs verschiedenen Kliniken (Anästhesie, Chirurgie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Orthopädie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Psychotherapie und Psychosomatik) durchzuführen.

Pflegekräfte am UKD

Terminvereinbarungen erfolgten entsprechend den Vorstellungen der Pflegedienstleiterinnen. Die Pflegekräfte wurden dann per Aushang und in Dienstberatungen persönlich über das Angebot informiert. Die Teilnahme war freiwillig und wurde durch die Vergabe von Fortbildungspunkten honoriert. Die Teilnehmenden berichteten, dass sie die Informationen ihren nichtteilnehmenden Kolleginnen und Kollegen weitergeben. Die Stationsleitungen beabsichtigten, das Thema auf Dienstberatungen zu besprechen. In vier der 12 Veranstaltungen konnten längere Schulungen (vier Stunden) angeboten werden, die auch Rollenspiele, die in erster Linie auf den Abbau der „Ansprechhemmungen“ zielten, enthielten.

3.3.4 Weitere Fortbildungen

Entsprechend der Projektzielstellung wurden auch andere Fachkräfte im Gesundheitswesen in Dresden gezielt angesprochen und für Fortbildungen gewonnen.

Hebammen

Über eine sachsenweite Hebammenfortbildung konnten 186 Hebammen erreicht werden. 16 Hebammen besuchten die einstündigen Fortbildung eines Hebammenstammtisches.

Arzthelferinnen

Intensiven Recherchen um Ärzttestammtische ist zu verdanken, dass auch der einzige in Dresden existierende Arzthelferinnenstammtisch ausfindig gemacht und so 16 Teilnehmerinnen fortgebildet werden konnte. Diese Gruppe zeigte sich außerordentlich interessiert und dankbar.

Physiotherapeutinnen / -therapeuten

Durch das Anschreiben des Sächsischen Physiotherapeutenverbandes konnte eine Fortbildung auf der jährlich stattfindenden sachsenweiten Mitgliederversammlung den 75 Teilnehmenden präsentiert werden.

Ärztinnen und Ärzte „Psychosomatische Grundversorgung“

Im Kurs „Psychosomatische Grundversorgung“ der Sächsischen Landesärztekammer wurde eine Stunde zum Thema häusliche Gewalt gestaltet und ein Block praktische Übungen diesem Thema gewidmet. Insbesondere die Frage, wie das Thema im Praxisalltag sensibel angesprochen werden kann, wurde von den 34 Teilnehmenden lebhaft diskutiert.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DGAM)

Ein Satellitensymposium auf dem Allgemeinmedizinkongress (DGAM) war möglich gemacht worden, war aber mit nur 3 Teilnehmenden sehr gering besucht.

3.3.5 **Fortbildungen insgesamt**

Insgesamt wurden in 43 Veranstaltungen 931 Teilnehmer geschult. Tabelle 3 fasst dies zusammen.

Fachrichtung	Fortbildungen	Teilnehmer
Stammtisch Gynäkologen	3	43
Stammtisch Hausärzte	6	77
Stammtisch Dermatologen	1	4
Stammtisch Interdisziplinär	2	16
Stammtisch Zahnärzte	1	12
Vertiefte Fortbildung Dresden	2	20
UKD Fortbildung Ärzte	7	139
UKD Fortbildung Pflege	12	205
UKD fachgruppen-übergreifend	1	24
Besuchsdienst UKD	1	16
Weitere Fortbildungen	7	375
Gesamt	43	931

Tabelle 3: Fortbildungen medizinischer Fachkräfte zum Thema häusliche Gewalt im Projekt HEH in Dresden. Projekt HEH 2009 bis 2010 gefördert durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS), unterstützt durch die GWT-TUD GmbH.

3.4 Prozessbegleitung und Evaluation der Veranstaltungen

3.4.1 **Aufbau eines Expertenpools**

Um eine qualifizierte leitliniengerechte Weiterbildung zum Umgang mit Menschen nach Gewalterfahrung zu gewährleisten, wurde parallel zum Prozess der Fortbildungsimplementierung ein Pool von fachspezifischen Referenten aufgebaut, die weitere Fortbildungsveranstaltungen anbieten konnten. Insbesondere sollten neben rechtsmedizinischen

Aspekten auch juristische und sozialtherapeutische Fragestellungen sowie psychische Folgen häuslicher Gewalt und Gewalt in der Familie berücksichtigt werden.

3.4.2 *Evaluationsbögen*

Während der gesamten Laufzeit des Projektes HEH wurden abhängige Variablen erhoben. Diese bestanden aus qualitativen und quantitativen Daten, über anonyme Evaluationsbögen wie auch als persönliche Rückmeldungen durch die Schulungsteilnehmer sowie durch die Inanspruchnahme des Fortbildungsangebots. Die Ergebnisse flossen jeweils in die folgenden Veranstaltungen und in die Materialienentwicklung ein.

3.5 Fachveranstaltung und Öffentlichkeitsarbeit

3.5.1 *Präsentationen auf Tagungen*

Im Projektzeitraum wurde das Projekt insgesamt 18-mal vorgestellt. Dabei handelte es sich überwiegend um Präsentationen bei Fachkongressen (Psychotraumatologie, Psychosomatik, Allgemeinmedizin, Pflorgetag und Tagungen von ähnlichen Interventionsprojekten). Zusätzlich zu dieser Öffentlichkeitsarbeit für das spezifische Projekt beteiligten sich die Projektmitarbeiter an der Konzeption und Durchführung von Veranstaltungen zum Thema häusliche Gewalt.

3.5.2 *Veranstaltung von Tagungen*

Tagung Traumanetz Seelische Gesundheit „Hinsehen - und dann?“ 2008

Eine Veranstaltung mit hoher Werbewirksamkeit war die Fachtagung: „Hinsehen – und dann?“ im Deutschen Hygiene-Museum Dresden im September 2008. Zu dieser hatten die Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Dresdner Universitätsklinikums, das Traumanetz Seelische Gesundheit und das Sächsische Staatsministerium für Soziales eingeladen, um gezielt Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen sowie aus Therapie-, Hilfs- und Beratungseinrichtungen miteinander ins Gespräch zu bringen. Thematisch standen die selten beachteten psychischen Folgen häuslicher Gewalt im Fokus. 260 Teilnehmer der verschiedensten Professionen aus ganz Sachsen nutzten die Gelegenheit zum kollegialen Austausch und zur Bekräftigung weiteren Handlungs- und Forschungsbedarfs.

Öffentliche Vortragsreihe im Deutschen Hygiene-Museum Dresden 2010

Eine weitere, viel beachtete Veranstaltung war die öffentliche Vortragsreihe „Heile Familie? Gewalt gegen Partner und Kinder“ im Deutschen Hygienemuseum Dresden im April/Mai 2010. Diese richtete sich explizit sowohl an die breite Öffentlichkeit als auch an interessierte Fachkräfte. Jede einzelne dieser Veranstaltungen verbuchte 150-200 Teilnehmer aus den unterschiedlichsten Professionen, inklusive Polizei, Bildungswesen und Justiz. Zustimmende Rückmeldungen kamen auch von Betroffenen. Die Konzeption der Veranstaltung wurde über die Grenzen Dresdens hinaus als ansprechend und positiv wahrgenommen.

3.5.3 Veröffentlichungen

Das Projekt wurde über Informationsmaterialien für Politik und Presse sowie über Veröffentlichungen in lokalen fachspezifischen Medien vorgestellt.

3.6 Zielstellung: Befragungen medizinischer Fachkräfte

Übergeordnetes Ziel des Projektes HEH, die Schlüsselrolle der Medizin in der Bekämpfung häuslicher Gewalt in den Blick zu nehmen. Mit der Implementierung des Projektes HEH in Dresden waren daher Befragungen zur Einstellung von Fachkräften im Gesundheitswesen zum Thema häusliche Gewalt in Dresden und Chemnitz verbunden. Die erste Befragung im Jahr 2009 zu Beginn des Projektes HEH sollte Fortbildungsbedarf und -wünsche medizinischer Fachkräfte abbilden, um die geplanten Weiterbildungen zielgruppengerecht gestalten zu können.

Die zweite Befragung zum Ende des Modellprojektes HEH im Jahr 2010 sollte über die Evaluation der Veranstaltungen hinaus überprüfen, ob die gewählten Sensibilisierungswege die Fachgruppen im Gesundheitswesen auch erreicht haben und eine Auswirkung auf die Teilnehmenden abgebildet werden konnte.

Dies war denn auch, im Sinne einer Nachwirkung des Projektes HEH, Anlass für die dritte Befragung im Jahr 2015, diesmal breit an alle sächsischen Ärztinnen und Ärzte gerichtet. Sie fand im Auftrag des SMGI statt, um den Istzustand der Vernetzung und die Kenntnis medizinischer Fachkräfte zum Hilfesystem in ganz Sachsen zu erfassen und daraus Schlüsse für einen Maßnahmenkatalog zur Bedarfsplanung bei häuslicher Gewalt zu ziehen (Schellong et al., 2016). Die methodische Vorgehensweise und die Ergebnisse aller drei Befragungen sind im Folgenden dargestellt.

4 Methoden

Die vorliegende Arbeit hat drei empirische Teile: die Befragung 2009 und die Re-Befragung 2010 von Fachkräften im Gesundheitswesen in Dresden und Chemnitz als unmittelbare Bestandteile des Projektes „Hinsehen-Erkennen-Handeln“ sowie die Befragung aller sächsischen Ärzte und Zahnärzte 2015 über Einstellungen und Kenntnisse zum Thema häusliche Gewalt (Abbildung 4).

Befragung 1 - 2009: Befragung von Fachkräften im Gesundheitswesen zu Wahrnehmung und Umgang mit dem Thema häusliche Gewalt **in Dresden und Chemnitz im Vorfeld der Fortbildungsintervention** „Hinsehen-Erkennen-Handeln. Aktive Hilfen im Gesundheitswesen“ in der Modellregion Dresden.

Befragung 2 - 2010: Re-Befragung von Fachkräften im Gesundheitswesen zu Wahrnehmung und Umgang mit dem Thema häusliche Gewalt **in Dresden und Chemnitz nach der Fortbildungsintervention** „Hinsehen-Erkennen-Handeln. Aktive Hilfen im Gesundheitswesen“ in der Modellregion Dresden.

Befragung 3 - 2015: Befragung der (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte in Sachsen zu Wahrnehmung und Umgang mit dem Thema häusliche Gewalt **in ganz Sachsen zur Vorbereitung von Empfehlungen** für Maßnahmen zur Verbesserung der Kooperation der Netzwerke zur Bekämpfung häuslicher Gewalt mit dem Gesundheitswesen für Sachsen.

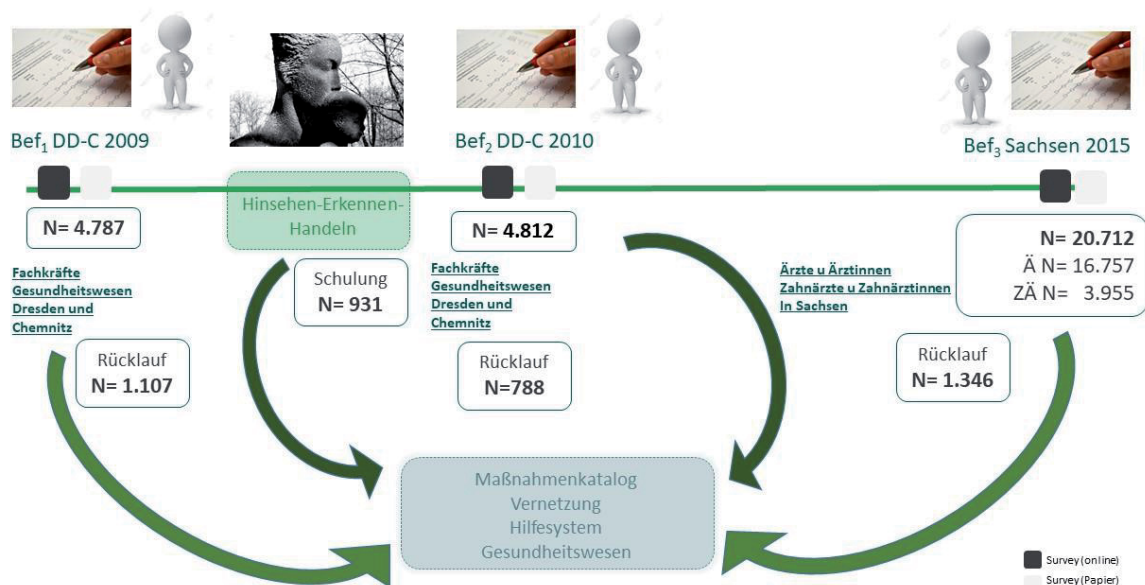


Abbildung 4: Übersicht über die Befragungen zum Thema häusliche Gewalt: Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen 2009 und Re-Befragung 2010 sowie Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte in Sachsen 2015

4.1 Befragung von Fachkräften im Gesundheitswesen zu Wahrnehmung und Umgang mit dem Thema häusliche Gewalt in Dresden und Chemnitz im Vorfeld der Fortbildungsintervention „Hinsehen-Erkennen-Handeln“ im Jahr 2009

Befragt wurden im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden klinisch tätige medizinische Fachkräfte sowie niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten, Hebammen und Pflegedienste in Dresden und in Chemnitz. Die Fragebogenuntersuchungen zu Beginn des Modellprojektes HEH sollten Kenntnisse der Zielgruppen bezüglich des Themas häusliche Gewalt analysieren, um das spezifische weitere Vorgehen besser planen können. Dem Fragebogen war ein Anschreiben beigelegt, das einen Teebeutel enthielt, sowie ein frankierter Rückumschlag beigelegt (siehe Anhang A).

Die Ergebnisse der Befragung sollten in die Schulungsplanung für die Modellregion Dresden einbezogen werden. Für die unterschiedlichen fachspezifischen Fortbildungen wurden unterschiedliche Materialien entwickelt und die einzelnen Fortbildungseinheiten evaluiert.

Die Befragungen und die Evaluation der Fortbildungsmaßnahmen erfolgten in Abstimmung mit der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der TU Dresden nach den Bestimmungen der Deklaration von Helsinki (EK Nr.: 351122008).

4.1.1 *Fragebogen zum Thema häusliche Gewalt Dresden-Chemnitz 2009*

Ein vierseitiger Fragebogen zur Erfassung der subjektiven Wahrnehmung des Problemfeldes, des persönlichen Wissenstandes, der Kenntnis ärztlicher Hilfsmaterialien, des Hilfesystems und der Fortbildungsbereitschaft wurde in Zusammenarbeit mit internen und externen Experten aus der Rechtsmedizin und der Frauenberatung entwickelt. Verwendet wurde ein in der wissenschaftlichen Begleitung des S.I.G.N.A.L.-Interventions-Projektes (Mark, 2000; Hellbernd, 2003b; S.I.G.N.A.L.e.V., 2019) entwickeltes Befragungsinstrument für Beschäftigte im Gesundheitswesen zum Thema häusliche Gewalt. Außerdem wurden ein sich daran anlehnender Fragebogen zur Befragung hessischer Ärzte aus dem Jahr 2007 (Blättner & Müller, 2007) sowie Fragen aus der Ärztebefragung des MIGG-Projektes des Universitätsklinikums Düsseldorf verwendet (Graß et al., 2016). Diese durch das interdisziplinäre Projektteam für Dresden und Chemnitz angepasste Version wurde mit den bereits in diesen Projekten erfahrenen Kolleginnen und Kollegen abgestimmt. Die Dresdner Version wurde um Wissensfragen erweitert, die hier aber nicht gesondert ausgewertet wurden.

Der Fragebogen Dresden-Chemnitz 2009 (Anhang A) gliederte sich in die Unterkategorien

- Angaben zu Person und Beruf (7 Items),
- Beruflicher Bezug zum Thema (5 Items),
- Wissensstand zu Arbeitshilfen und Beratungsstellen (51 Items)
- Fortbildungsbereitschaft (11 Items).

Die Durchführungszeit betrug etwa zehn Minuten. Der Fragebogen stand in Papierform und als digitale Version zur Verfügung.

Beispiele für inhaltliche Fragen sind:

- **Subjektive Informiertheit:** Die Befragten konnten der Aussage *„Ich fühle mich über das Thema häusliche Gewalt / Gewalt in der Familie gut informiert.“* auf einer 6-stufigen Likert-Skala von „trifft nicht zu“ bis „trifft genau zu“ zustimmen.
- **Ansprechen bei Verdacht auf häusliche Gewalt:** Die Befragten konnten aus einer Liste von 11 vorgegebenen Aussagen, die für sie wesentlichen Hauptaspekte sie als Schwierigkeit einstufen. Mehrfachnennungen waren möglich.
- **Zufriedenheit mit den Möglichkeiten zu helfen:** Die Antwortmöglichkeiten für *„Wenn ich den Verdacht habe, eine Patientin hat häusliche Gewalt / Gewalt in der Familie erlebt, bin ich mit meinen Möglichkeiten als Helfer/in ...“* waren vierstufig von „sehr zufrieden“, „eher zufrieden“, „eher unzufrieden“ und „nicht zufrieden“.
- **Bekanntheit von Einrichtungen / Institutionen und Zusammenarbeit mit ihnen:** Die Befragten sollten für mehrere in Dresden einschlägige Beratungsstellen / Institutionen angeben, ob sie ihnen bekannt sind, ob sie im vergangenen Jahr Kontakt mit ihnen hatten und wie zufrieden sie mit dem Kontakt waren.
- **Interesse an Fortbildungen:** Gefragt wurde hier, ob die Teilnehmer an einer Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt teilnehmen würden, wie lange sie sich diese wünschen, welche Inhalte sie sich wünschen und ob sie in den letzten fünf Jahren eine Fortbildung zu diesem Thema besucht hatten.

4.1.2 Rekrutierung Teilnehmer Befragung Dresden-Chemnitz 2009

Die Teilnehmer der Befragung in Dresden und in Chemnitz wurden wie nachfolgend beschrieben rekrutiert.

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden (UKD)

Durch den Geschäftsbereich Personal des Klinikums wurde in Absprache mit dem Personalrat eine Liste mit allen klinisch tätigen Mitarbeitern zur Verfügung gestellt. Die Befragten erhielten im Februar und März 2009 den Fragebogen in elektronischer Form (als Email), sofern eine Email-Adresse vorlag. Lag keine Email-Adresse vor, so wurden die Fragebögen in Papierform über die Hauspost verteilt. Jeder Fragebogen wurde an die Mitarbeiter persönlich adressiert.

Verschickt wurden insgesamt 2.981 Fragebögen, davon 2.206 elektronisch und 775 in Papierform. Um Beantwortung wurde innerhalb von 2 Wochen gebeten. Die elektronisch Befragten wurden einmal nach 15 Tagen an die Bearbeitung erinnert. Unterstützt wurde die Maßnahme durch einen Aufruf im klinikinternen Informationsblatt „Carus Intern“.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegedienste in Dresden

Befragt wurden alle laut Kassenärztlicher Vereinigung in Dresden in klinischen Fächern tätigen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Die Dresdner Hebammen wurden auf der Grundlage einer Hebammenliste des Sächsischen Hebammenverbandes befragt. Die Pflegedienste wurden durch Internetrecherche ermittelt. Bei Vorliegen einer Email-Adresse erfolgte die Befragung elektronisch, andernfalls per Post.

Verschickt wurden insgesamt 1.276 Fragebögen, davon 94 elektronisch und 1.182 in Papierform. Um Beantwortung wurde innerhalb von 2 Wochen gebeten. Die elektronisch Befragten wurden einmal nach 15 Tagen an die Bearbeitung erinnert.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegedienste in Chemnitz

Vorgegangen wurde wie bei der Dresdner Befragung. Die niedergelassenen medizinischen Fachkräfte aus Chemnitz dienten als Kontrollgruppe, da nur in Dresden eine Intervention stattfinden sollte.

Verschickt wurden insgesamt 530 Fragebögen, davon 15 elektronisch und 515 in Papierform. Um Beantwortung wurde innerhalb von 2 Wochen gebeten. Die elektronisch Befragten wurden einmal nach 15 Tagen an die Bearbeitung erinnert.

4.1.3 Rücklauf und Stichprobenbeschreibung Befragung Dresden-Chemnitz 2009

Von den insgesamt 4787 verschickten Bögen wurden 1.107 Fragebögen ausgefüllt zurückgesendet. 41 kamen aus verschiedenen Gründen zurück. Wenn diese 41 Bögen nicht in die Rücklaufberechnungen einbezogen werden, da sie den Adressaten nie erreicht haben, entspricht dies einem Gesamtrücklauf von 23%. Der Rücklauf bei den Niedergelassenen in Dresden und Chemnitz war deutlich höher als der aus dem UKD (28% vs. 20%). Die Rücklaufquote von elektronisch verschickten Fragebögen war deutlich geringer als die von postalisch verschickten Fragebögen (16% vs. 30%).

Berufsgruppen

Nach Berufsgruppen konnten folgende Antworten analysiert werden:

- 521 Ärztinnen und Ärzte (147 am UKD, niedergelassen: 263 Dresden, 111 Chemnitz)
- 330 Pflegekräfte (310 im UKD, 20 in Dresden und Chemnitz)
- 33 Hebammen (15 am UKD, 17 in Dresden in Praxen und eine in Chemnitz)
- 109 Psychologinnen und Psychologen (32 am UKD, 55 in Praxen in Dresden und 22 in Chemnitz,)
- 37 Sonstige
- 77 ohne Angabe

Die genaue Verteilung des Rücklaufes ist Tabelle 4 zu entnehmen. Bei der Bewertung des Rücklaufs der einzelnen Berufsgruppen im UKD ist zu beachten, dass 77 der Antwortenden keine Angabe über ihre berufliche Zugehörigkeit gemacht haben. 37 Antwortende kreuzten die Kategorie „Sonstiges“ an. Darunter finden sich unter anderem medizinisch-technische Assistenz, Physiotherapie, Sozialarbeit, wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die prozentuale Verteilung der verschiedenen Berufsgruppen nach Ort der Befragung ist ebenfalls in Tabelle 4 dargestellt.

	Angeschrieben		Rücklauf (Antworten)	
Uniklinik Dresden	N= 2.981 elektr.: 2.206 postal.: 775	Ärzte: 762 Pflege: 1.055 (-7)* Hebammen: genaue Anzahl unbekannt Psychologen: genaue Anzahl unbekannt	N=602 (20%) elektr.: 359 (16%) postal.: 243 (31%)	Ärzte: 147 (19%) Pflege: 310 (30%) Hebammen: 15 Psychologen: 32 Sonstige: 25 Keine Angabe: 73
Nieder- gelassene Dresden	N= 1.276 elektr.: 94 postal.: 1.182	Ärzte: 967 (-3)* Pflege: 103 (-11)* Hebammen: 73 (-2)* Psychologen: 133	N=356 (28%) elektr.: 16 (17%) postal.: 340 (29%)	Ärzte: 263 (27%) Pflege: 11 (12%) Hebammen: 17 (24%) Psychologen: 55 (41%) Sonstige: 6 Keine Angabe: 4
Nieder- gelassene Chemnitz	N= 530 elektr.: 15 postal.: 515	Ärzte: 417 (-2)* Pflege/Arzthilfe: 51 (-13)* Hebammen: 10 (-2)* Psychologen: 52 (-1)*	N=149 (29%) elektr.: 2 (13%) postal.: 147 (30%)	Ärzte: 111 (27%) Pflege: 9 (24%) Hebammen: 1 (13%) Psychologen: 22 (43%) Sonstige: 6
Gesamt	N=4.787 elektr.: 2.315 postal.: 2.472	Ärzte: 2.146 (-5)* Pflege: 1.209 (-31)* Hebammen: genaue Anzahl unbek. (-4)* Psychologen: genaue Anzahl unbek. (-1)	N=1.107 (23%) elektr.: 377 (16%) postal.: 730 (30%)	Ärzte: 521 (24%) Pflege: 330 (28%) Hebammen: 33 Psychologen: 109 Sonstige: 37 Keine Angabe: 77
*Anzahl der Fragebögen, die Empfänger nicht erreicht haben. Diese wurden bei der Rücklaufberechnung abgezogen.				

Tabelle 4: Anzahl der Angeschriebenen und Rücklauf der Antworten nach Ort, Berufsgruppe und Art der Befragung, Befragung Dresden-Chemnitz 2009

Alter, Geschlecht und Vergleich zwischen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten
Dresden-Chemnitz, Befragung 2009

Die überwiegende Anzahl der Antwortenden war weiblich (weiblich 73,4%, männlich 26,6%). Zu diesen und weiteren Informationen zu Versorgungssetting, Fachrichtung, Anzahl behandelter Patienten, Alter und Geschlecht sowie Standort gibt Tabelle 5 einen Überblick. In Chemnitz waren nur ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte befragt worden.

Ärzte	Anzahl	am häufigsten genannte Fachrichtung	Anzahl Patienten/ Tag	Alter	Geschlecht
Gesamtstichprobe	N=1.107 ambulant 64,4% stationär 41,6%	Psychosom./ Psychoth.: 11,5% Pädiatrie/Neonatologie 9,1% Allgemeinmedizin: 8,7% Gynäkologie: 8,1% Innere Medizin 7,0%	<5 15,1% 6–30 53,6% 31-50 18,6% >50 11,7%	25-34 3,6% 35-44 22,7% 45-54 34,9% >55 22,7%	weibl. 73,4% männl. 26,6%
Niederlassung Dresden	N= 263 ambulant	Allgemeinmedizin: 22,8% Innere Medizin 13,7% Gynäkologie: 11,8% Pädiatrie: 8,4% Psychosom./ Psychoth.: 6,1%	<5 3,8% 6-30 14,2% 31-50 44% >50 26%	25-34 2,7% 35-44 30,3% 45-54 45,2% >55 21,8%	weibl. 59,3% männl. 40,7%
Niederlassung Chemnitz	N= 111 ambulant	Allgemeinmedizin: 31,5% Gynäkologie: 15,3% Innere Medizin: 8,1% Pädiatrie: 7,2% Orthopädie: 6,3%	<5 4% 6-30 26% 31-50 40,6% >50 41,5%	25-34 3,6% 35-44 22,7% 45-54 50,9% >55 22,7%	weibl. 63,6% männl. 36,4%

Tabelle 5: Stichprobenverteilung nach Fachrichtung, behandelter Fälle, Alter und Geschlecht sowie Details zu antwortenden Ärztinnen und Ärzten, Befragung Dresden-Chemnitz 2009

Da sich ambulant und stationär tätige Ärztinnen und Ärzte in vielen Merkmalen unterscheiden, wurden niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aus Dresden und Chemnitz einander gesondert gegenübergestellt. Die niedergelassen tätigen Ärztinnen und Ärzte in Chemnitz waren etwas älter und hatten diesem entsprechend mehr Berufserfahrung. Im Vergleich ergab sich als auffälligstes Merkmal eine höhere Anzahl von Patientenkontakten pro Tag in Chemnitz (Dresden: >50 Patienten/Tag entspricht 26%, Chemnitz: >50 Patienten/Tag entspricht 41,5%) siehe Abbildung 5.

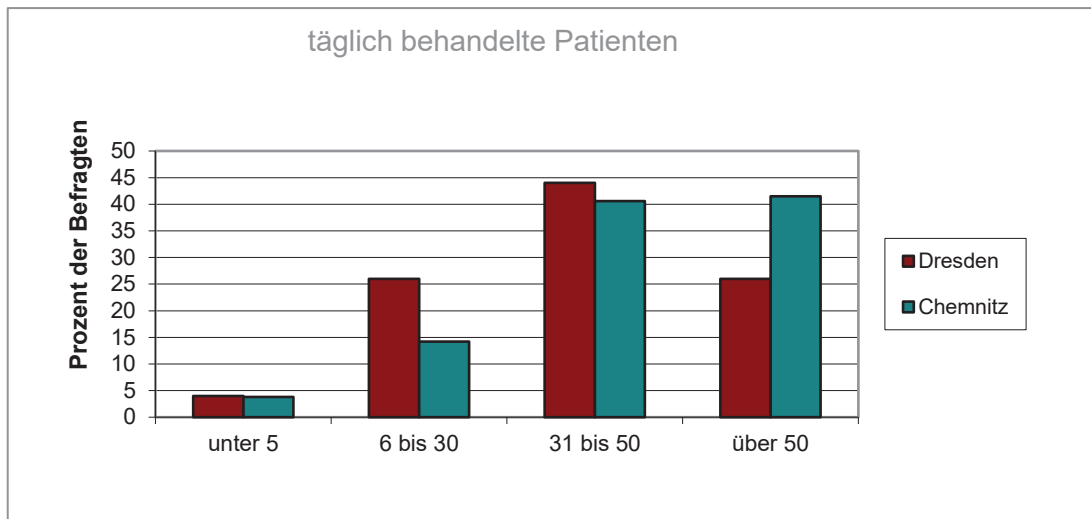


Abbildung 5: Regionale Anzahl täglich behandelter Patientinnen und Patienten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Befragung Dresden-Chemnitz 2009

4.2 Re-Befragung von Fachkräften im Gesundheitswesen zu Wahrnehmung und Umgang mit dem Thema häusliche Gewalt in Dresden und Chemnitz *nach der Fortbildungsintervention* „Hinsehen-Erkennen-Handeln“ im Jahr 2010

4.2.1 Fragebogen Re-Befragung Dresden-Chemnitz 2010

Bei der zweiten Befragung wurde weitgehend der gleiche vierseitige Fragebogen wie bei der ersten Befragung eingesetzt, nur der Teil zur Erfragung der Fortbildungsbereitschaft wurde durch Fragen zur Bekanntheit des Modellprojektes und zur Anwendbarkeit des potentiell durch die Teilnahme an einer Projekt-Schulung erworbenen Wissens ersetzt.

Dieser neue Teil orientierte sich an einer Befragung, die in Berlin nach der Durchführung von S.I.G.N.A.L.-Workshops mit Ärzten durchgeführt worden war (Hellbernd, 2003a). Da auch hier der Umfang von vier Seiten nicht überschritten werden sollte, wurden nur einzelne Fragen ausgewählt (Fragebogen Re-Befragung Dresden-Chemnitz 2010, Anhang B). Auch diesem Fragebogen war ein Anschreiben (Anhang B) und ein Rückumschlag beigelegt.

Die Durchführungszeit betrug etwa zehn Minuten. Die Untersuchung fand im Herbst 2010 statt.

4.2.2 Rekrutierung Re-Befragung Dresden-Chemnitz 2010

Wie bei der ersten Befragung wurden alle klinisch tätigen medizinischen Fachkräfte im Universitätsklinikum Dresden (Ärzte, Pflegepersonal, sonstiges therapeutisch tätiges Personal), alle niedergelassenen Ärzte, Psychotherapeuten, Hebammen und Pflegedienste in Dresden und Chemnitz angeschrieben, insgesamt 4.812 medizinische Fachkräfte. Rückgesendet wurden 788 (16%) von 4.795 der verschickten Fragebögen. Die Rücklaufquote von elektronisch (per Email) verschickten Fragebögen entsprach derjenigen der postalisch (per Brief) verschickten Fragebögen. Die einzelnen Rücklaufquoten nach Standort und Berufsgruppen sind in Tabelle 6 dargestellt.

4.2.3 Rücklauf und Stichprobenbeschreibung Re-Befragung 2010

	Angeschrieben		Rücklauf (Antworten)	
Uniklinik Dresden	N= 3.096 elektr.: 2.312 postal.: 784	Ärzte: 852 Pflege: 1.260 (-6)* Hebammen: Anzahl unbekannt Psychologen: Anzahl unbekannt (-2)*	N= 501 (16%) elektr.: 387 (17%) postal.: 114 (15%)	Ärzte: 123 (14%) Pflege: 284 (23%) Hebammen: 10 Psychologen: 18 Sonstige: 59 Keine Angabe: 7
Nieder-gelassene Dresden	N= 1.174 elektr.: 114 postal.: 1.060	Ärzte: 895 (-1*) Hebammen: 78 Psychologen: 120 Pflegedienste: 81	N= 207 (18%) elektr.: 6 (5%) postal.: 201 (19%)	Ärzte: 152 (17%) Hebammen: 3 (4%) Psychologen: 48 (40%) Pflegedienste: 1 (1%) Sonstige: 1 Keine Angabe: 2
Nieder-gelassene Chemnitz	N= 542 elektr.: 15 postal.: 527	Ärzte: 432 Hebammen: 9 (-2)* Psychologen: 61 (-2)* Pflegedienste: 40 (-4)*	N= 80 (15%) elektr.: 0 (0%) postal.: 80 (15%)	Ärzte: 53 (12%) Pflegedienste: 4 (11%) Hebammen: 1 (14%) Psychologen: 18 (31%) Sonstige: 3 Keine Angabe: 1
Gesamt	N= 4.812 elektr.: 2.441 postal.: 2.371	Ärzte: 2.179 Pflege: 1.381 Hebammen: Anzahl unbekannt Psychologen: Anzahl unbekannt	N= 788 (16%) elektr.: 393 (16%) postal.: 395 (17%)	Ärzte: 328 (15%) Pflege: 289 (21%) Hebammen: 14 Psychologen: 84 Sonstige: 63 Keine Angabe: 10
*Anzahl der Fragebögen, die Empfänger nicht erreicht haben. Diese wurden nicht in die Rücklaufberechnung einbezogen.				

Tabelle 6: Anzahl der Angeschriebenen und Rücklauf nach Ort, Berufsgruppe und Art der Befragung, Re-Befragung Dresden-Chemnitz 2010

Es antworteten überwiegend weibliche Fachkräfte. Über Anzahl behandelter Patientinnen und Patienten, Alters- und Geschlechtsverteilung auch nach Standort gibt Tabelle 7 Auskunft.

Ärzte	Anzahl	am häufigsten genannte Fachrichtung	Anzahl behandelter Patienten/ Tag	Alter	Geschlecht
Gesamtstichprobe	N=788 ambulant 60,4% stationär 49,7%	Psychosom./Psychoth.: 10,7% Pädiatrie/Neonatologie 9,3% Allgemeinmedizin: 7,4% Gynäkologie 6,3% Innere Medizin 6,1%	<5 15% 6-30 58% 31-50 14,6% >50 12,2%	25-34 24,7% 35-44 32,7% 45-54 23,9% >55 13,2%	weibl. 77,2% männl. 22,8%
Niederlassung Dresden	N= 152 ambulant	Allgemeinmedizin: 27,6% Gynäkologie: 12,5% Pädiatrie: 9,2% Innere Medizin 7,2% Psychosom./Psychoth.: 7,2%	<5 1,4% 6-30 27% 31-50 37,2% >50 37,5%	25-34 2,6% 35-44 31,6% 45-54 39,5% >55 26,3%	weibl. 60,5% männl. 39,5%
Niederlassung Chemnitz	N= 53 ambulant	Allgemeinmedizin: 28,3% Gynäkologie: 15,1% HNO / Pulmologie: 9,4% Pädiatrie: 7,5% Psychiatrie: 7,5%	<5 4% 6-30 26% 31-50 40,6% >50 41,5%	25-34 3,6% 35-44 22,7% 45-54 50,9% >55 22,7%	weibl. 63,6% männl. 36,4%

Tabelle 7: Stichprobenverteilung nach Fachrichtung sowie Details zu antwortenden Ärztinnen und Ärzten, Dresden-Chemnitz Re-Befragung 2010

4.3 Vergleich Befragung Dresden-Chemnitz 2009 und Re-Befragung 2010 und Veranstaltungsteilnahme Projekt HEH

Für einige Themen („subjektive Informiertheit“ und „Zufriedenheit mit den Möglichkeiten zu helfen“) wurden die Antworten nach Städten verglichen (Dresden-Chemnitz) sowie die der Befragung 2009 der Re-Befragung 2010 gegenübergestellt. Zudem wurden die Antworten aus der Re-Befragung 2010, in denen angegeben worden war, auch an der Befragung 2009 teilgenommen zu haben, bezüglich Besuch von Veranstaltungen des Schulungsprojektes HEH gesondert betrachtet. Abbildung 6 veranschaulicht diese Subgruppe grafisch.

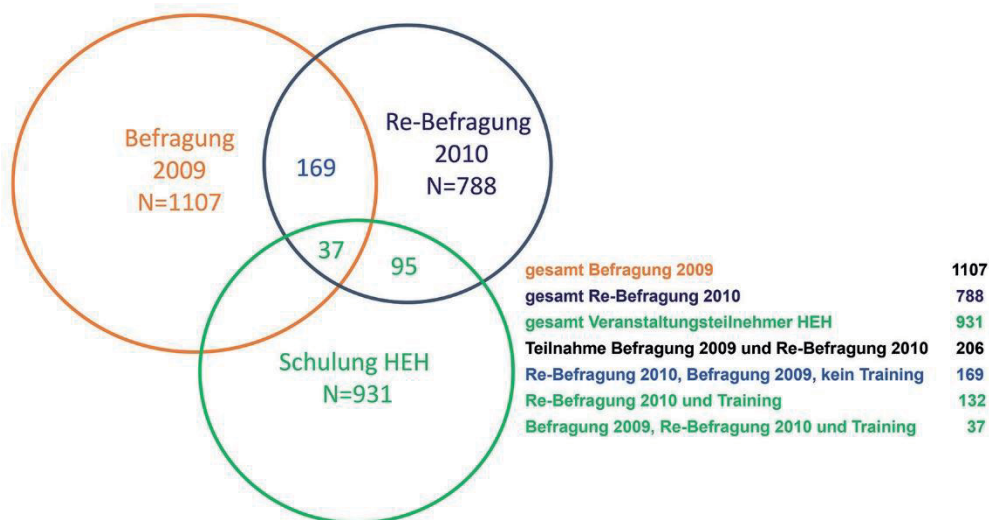


Abbildung 6: Subgruppenanalyse Fachkräfte im Gesundheitswesen Thema häusliche Gewalt. Re-Befragung 2010 & Befragung 2009 & Veranstaltungsteilnahme Projekt HEH

4.4 Befragung von (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzten aus ganz Sachsen zur Wahrnehmung und zum Umgang mit dem Thema häusliche Gewalt im Jahr 2015

Basierend auf den Erfahrungen und den Erkenntnissen des Modellprojektes „Hinsehen-Erkennen-Handeln“ erfolgte im Jahr 2015 im Auftrag² der Staatsministerin für Integration und Gleichstellung (SMGI) am Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz und in Kooperation mit der Sächsischen Landesärztekammer eine Befragung aller dort aktuell registrierten Ärztinnen und Ärzte sowie aller in der Sächsischen Zahnärztekammer registrierten Zahnärztinnen und -ärzte. Sie erfolgte in Abstimmung mit der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der TU Dresden nach den Bestimmungen der Deklaration von Helsinki 2010 (EK Nr.: 477112015). Diese Fragebogenuntersuchung diene als Grundlage für die Erstellung des Maßnahmenkataloges zur Einbindung des Gesundheitswesens in die Hilfenetzwerke zur Bekämpfung häuslicher Gewalt in Sachsen. Der Fragebogen zur dieser Befragung im Jahr 2015 sowie das dazugehörige Anschreiben finden sich im Anhang C.

² Der Auftragnehmer war die Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus (Dr. med. univ. Julia Schellong) in Kooperation mit Dr. Gesine Märtens, Frauen für Frauen e.V., Leipzig und Dr. Ulrike Böhm, Praxis für Rechtsmedizin, Leipzig.

4.4.1 Fragebogen (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015

Verwendet wurde wieder der vierseitige, nun etwas gestraffte Fragebogen aus der Befragung zum Thema häusliche Gewalt aus dem Projekt HEH von 2009. Die Arbeitsgruppe bestand auch diesmal aus gewaltinformiert arbeitenden Expertinnen und Experten aus Medizin (Psychosomatische Medizin, Rechtsmedizin), Psychologie, Sozialpädagogik (Interventions- und Präventionsarbeit) und aus der Politik.

Auf dem Fragebogen wurde der Begriff häusliche Gewalt definiert als *„Häusliche Gewalt: gewalttätige Übergriffe innerhalb einer aktuellen, sich auflösenden oder aufgelösten partnerschaftlichen Beziehung oder zwischen erwachsenen Personen, die in einem Angehörigenverhältnis zueinander stehen und/oder in einem Haushalt leben (z.B. Gewalt gegenüber Ehepartnern, zu pflegenden Angehörigen); auch unabhängig vom Ort des Geschehens“* (Hornberg et al., 2008, p. 53).

Erfragt wurden erneut allgemeine Angaben zu Person und Beruf, gewaltspezifische Erfahrungen und Einschätzungen (eigener Informationsstand, wahrgenommene Kontakthäufigkeit zu betroffenen Patienten, Einschätzung der Häufigkeiten von häuslicher Gewalt in Deutschland, Zufriedenheit mit Hilfsangeboten, eigener Umgang mit von häuslicher Gewalt betroffenen Patienten und damit verbundene Schwierigkeiten) sowie der Kenntnisstand für bestehende Arbeits- und Informationshilfen und von Beratungs- und Schutzeinrichtungen. Sofern es sich um regionale Schutz- und Beratungseinrichtungen handelte, wurden die Antwortenden entsprechend der Postleitzahl dem jeweiligen Einzugsbereich zugeordnet. Der verwendete Fragebogen ist im Anhang C zu finden.

Der Fragebogen Sächsische (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte 2015 (Anhang C) gliederte sich in die in die Unterkategorien

- Angaben zu Person und Beruf (8 Items),
- Beruflicher Bezug zum Thema (29 Items),
- Fortbildung und Fortbildungsbereitschaft (5 Items)
- Wissensstand zu Arbeitshilfen und Informationsmöglichkeiten und deren Inanspruchnahme (insgesamt 11 Vorschläge)
- Kenntnis von Schutz- und Beratungseinrichtungen (18 Vorschläge, auch regional bezogen)
- Bewertung des beigelegten Dokumentationsbogens (7)

Die Durchführungszeit betrug etwa zehn Minuten. Der Fragebogen stand in Papierform und als digitale Version zur Verfügung.

Beispiele für inhaltliche Fragen sind:

- **Zufriedenheit mit den Möglichkeiten zu helfen:** Die Antwortmöglichkeiten für *„Bitte beantworten Sie, wie zufrieden Sie sind mit ... (z.B. Ihren Möglichkeiten, an Einrichtungen die Betroffene von häuslicher Gewalt unterstützen zu vermitteln.)* waren sechsstufig von „sehr zufrieden“, „zufrieden“, „eher zufrieden“, „eher unzufrieden“, „unzufrieden“ und „nicht zufrieden“.
- **Bekanntheit von Arbeitsmitteln und Informationsmöglichkeiten** zum Thema häusliche Gewalt und Gewalt gegen Kinder und Jugendliche: Die Befragten konnten aus einer Liste von 11 Angeboten auswählen, ob sie bekannt waren und ob sie diese genutzt hatten.
- **Bekanntheit von Einrichtungen/Institutionen und Kontakt zu ihnen:** Die Befragten sollten für mehrere in sächsischen Regionen einschlägige Beratungsstellen/Institutionen angeben, ob sie ihnen bekannt sind und falls ja ob sie im vergangenen Jahr Kontakt mit ihnen hatten.
- **Interesse an Fortbildungen:** Gefragt wurde wieder, ob Interesse an einer Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt oder Familiäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche besteht, wie lange diese sein sollte wünschen und ob in Vergangenheit eine Fortbildung zu diesem Thema besucht wurde.
- **Einschätzung des Dokumentationsbogens:** Ein letzter Fragenkomplex zielte auf die „Zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt – Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte in Sachsen“, der im Projekt HEH entstanden war. Dieser lag allen ausgesendeten Briefen bei (Anhang D). In der vierstufigen Skala („*stimme voll und ganz zu*“, „*stimme eher zu*“, „*stimme eher nicht zu*“, „*stimme nicht zu*“) konnten die Teilnehmer auf folgende Items antworten: „Der Dokumentationsbogen ist gut verständlich.“, „Der Dokumentationsbogen deckt die wesentlichen Aspekte ab, die bei der Dokumentation häuslicher Gewalt beachtet werden sollten.“, „Der Dokumentationsbogen erleichtert die systematische Erfassung von Zeichen häuslicher Gewalt.“ sowie „Der zeitliche Umfang, der zum Ausfüllen des Dokumentationsbogens benötigt wird, ist in meinem beruflichen Alltag integrierbar.“ Außerdem konnten in einem freien Textfeld qualitative Verbesserungsvorschläge gemacht werden.

Der Fragebogen konnte wahlweise schriftlich oder elektronisch, angekündigt im Sächsischen Ärzteblatt und in dem versendeten Anschreiben (Anhang C) beantwortet werden. Zur Beantwortung stand ein Bearbeitungszeitraum von 26 Tagen zur Verfügung. Eine Erinnerung war auf Grund der einmaligen Aussendung nicht möglich.

4.4.2 Rekrutierung Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015

Die Befragung zum Umgang mit dem Thema häusliche Gewalt erfolgte in Kooperation mit der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) und der Landeszahnärztekammer Sachsen (LZKS). Nach Einholung der Genehmigung der Ethikkommission wurden durch die SLÄK und die LZKS die zum Ende des Jahres 2015 dort registrierten Ärztinnen und Ärzte, mit Ausnahme der Labormedizin, angeschrieben. Es wurden 20.712 Fragebögen versandt, davon 16.757 an sächsische Ärztinnen und Ärzte und 3.955 an sächsische Zahnärztinnen und -ärzte (Papier-version und online). Die Kosten für Versand und Druck der Briefe wurden durch das Sächsische Ministerium für Integration und Gleichstellung übernommen.

Zur Förderung der Motivation wurde zeitgleich ein Artikel über die Befragung im Sächsischen Ärzteblatt wie auch im Sächsischen Zahnärzteblatt veröffentlicht (Schellong et al., 2015) sowie eine Pressekonferenz mit allen beteiligten Projektpartnern durchgeführt.

4.4.3 Rücklauf und Stichprobenbeschreibung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015

Von insgesamt 20.712 angeschriebenen Ärztinnen und Ärzten (16.757, davon 53% weiblich) und Zahnärzten (3.955, davon 59% weiblich) antworteten 1.346 (Rücklaufquote 6,5%, davon 69% weiblich). Die Teilnahmequote betrug bei Ärztinnen 8,3%, bei Ärzten hingegen lediglich 4,3%. Zahnärztinnen und Zahnärzte beteiligten sich mit 6,5% ähnlich an der Befragung, wie Humanmediziner mit 6,4%.

Online-Befragung: Die Online-Befragung wurde von 199 Personen aufgerufen. Erfolgreich beendet (d.h. alle Fragen ausgefüllt) haben 144 Teilnehmende (72,4% der Aufrufenden). Die meisten Abbrüche erfolgten auf der Begrüßungsseite.

Facharztrichtungen: Abgesehen von 27 fehlenden Werten konnten die Facharztrichtungen aller Antwortenden erhoben und gruppiert werden. Eine Übersicht findet sich in Tabelle 8.

Facharztrichtung	Häufigkeit	Prozent
Zahnärzte	264	20,0
Innere Medizin	227	17,2
Allgemeinmedizin, Hausärzte, praktische Ärzte	184	13,9
Chirurgie, Orthopädie, Traumatologie, Urologie	134	10,2
Gynäkologie	116	8,8
Kinder- und Jugendbereich	98	7,4
Psychiatrie, Psychiatrie u. Neurologie, Psychotherapie, Psychosomatik	83	6,3
HNO	37	2,8
Anästhesie	35	2,7
Dermatologie	28	2,1
Radiologie, Radioonkologie, Strahlentherapie	28	2,1
Neurologie	26	2,0
anderes	22	1,7
Augenheilkunde	21	1,6
KFO, Oralchirurgie	14	1,1
Rechtsmedizin	2	0,2

Tabelle 8: Stichprobenverteilung nach Fachrichtung. Thema häusliche Gewalt, Befragung (Zahn-) Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015

Das **Durchschnittsalter** der Antwortenden betrug 43 Jahre (24-76, SD 11,3 Jahre).

Patientenkontakte pro Tag: Von den Befragten, die dazu Angaben gemacht hatten, führte der Großteil (834; 63,2%) an, zwischen sechs und 30 Patientinnen / Patienten pro Tag zu sehen, gefolgt von (322; 24,4%), die 31 bis 50 Patientenkontakten pro Tag berichteten.

Versorgungssetting: Die Teilnehmenden stammten aus verschiedenen Versorgungssettings, teilweise auch gemischter Art, sodass die folgenden Werte sich nicht zu 100% aufaddieren. Stationär arbeiteten 40,7% der Teilnehmenden (547) und ambulant 68,3% (919). Teilstationäre Arbeit gaben 5,4% (N=72) an und sonstige Einsatzfelder 3,0% (N=41). Tabelle 9 stellt die Anzahl der Patientenkontakte und die Versorgungsform der Stichprobe überblicksartig dar.

		N	%
Geschlecht	weiblich	931	69,3
	männlich	409	30,5
	keine Angabe	3	0,2
Berufsgruppe	Facharzt	701	52,2
	Arzt in Weiterbildung	353	26,3
	Zahnarzt	281	20,9
	Andere	9	0,7
Berufserfahrung in Jahren	<5	294	22,5
	5-10	253	19,4
	10-20	274	21,0
	>20	483	37,0
Patientenkontakte pro Tag	<5	45	3,4
	6-30	834	63,2
	31-50	322	24,4
	>50	119	9,0
Versorgungsform (Mehrfachantworten möglich)	stationär	547	40,7
	teilstationär	72	5,4
	ambulant	919	68,3
	andere	41	3,0

Tabelle 9: Stichprobenbeschreibung. Thema häusliche Gewalt, Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015

4.5 Statistik

Die Auswertung aller drei Befragungen erfolgte zunächst deskriptiv. In einzelnen Fragen wurde zusätzlich nach Berufsgruppen verglichen. Hierfür wurde der Kruskal-Wallis-Test durchgeführt, der bei mehr als zwei nicht parametrischen unabhängigen Stichproben auf Unterschiede zwischen den Gruppen testet (Bortz & Schuster, 2011; Eckey et al., 2015). In Abhängigkeit vom Datenniveau wurde der Chi-Quadrat-Test angewendet. Einzelgruppen wurden mit Wilcoxon-Mann-Whitney U-Test, Chi-Quadrat-Test und dem Monte-Carlo-Signifikanztest verglichen und Bonferroni-korrigiert (Rice et al., 2005; Ruxton, 2006; Bortz & Schuster, 2011).

Für die statistische Analyse der erhobenen Daten wurde die Software SPSS Version 17 für die Daten der Befragung Dresden-Chemnitz 2009 und der Re-Befragung Dresden-Chemnitz 2010 angewendet, für die Befragung 2015 in Sachsen wurde eine aktualisierte SPSS Version 23 verwendet. Die prozentualen Häufigkeiten wurden zur Beschreibung der kategorialen

Variablen der Stichprobe, Mittelwerte, Standardabweichungen und der Range zur Beschreibung der metrischen Variablen ermittelt. Für die Darstellung der Ergebnisse der dritten Befragung wurden zusätzlich auf Basis dichotomer Variablen („subjektive Informiertheit“, „subjektive Unsicherheit“, „subjektive Zufriedenheit“) Gruppenvergleiche für die Mittelwerte der Anzahl bekannter Hilfeangebote durchgeführt (unverbundene t -Tests) und T -Werte, p -Werte und als Effektstärkemaß Cohen's d berechnet (Rice et al., 2005). Für die Anzahl bekannter Hilfeangebote in Abhängigkeit der subjektiven Kontakthäufigkeit zu Betroffenen wurde eine Varianzanalyse durchgeführt und diesbezüglich der F -Wert, p -Wert und als Effektstärkemaß das partielle η^2 angegeben (Schach & Schäfer, 2013; Eckey et al., 2015).

5 Ergebnisse

5.1 Ergebnisse Befragung von Fachkräften im Gesundheitswesen zu Wahrnehmung und Umgang mit dem Thema häusliche Gewalt in Dresden und Chemnitz vor der Intervention „Hinsehen-Erkennen-Handeln“ im Jahr 2009

5.1.1 Informationsstand zum Thema häusliche Gewalt

5.1.1.1 Subjektive Informiertheit:

Auf die Frage, wie sie sich zum Thema häusliche Gewalt / Gewalt in der Familie informiert fühlten, gaben die Antwortenden überwiegend „mittelgut“ an (Tabelle 10).

	Ich fühle mich über das Thema häusliche Gewalt / Gewalt in der Familie gut informiert.					
	trifft nicht zu	2	3	4	5	trifft genau zu
Häufigkeit (1047)	45	170	309	285	185	80
Prozent (100%)	4,2	15,8	28,8	26,5	17,2	7,4

Tabelle 10: Häufigkeits- und prozentuale Verteilung der Antworten auf die Frage nach der subjektiven Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt, Befragung (Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009)

Der Mittelwert der Antworten liegt bei 3,59 und liegt damit nahezu genau in der Skalenmitte. Die Standardabweichung beträgt 1,266. Die Verteilung der Antworten entspricht nach Kolmogorov-Smirnoff-Anpassungstest einer Normalverteilung (siehe Abbildung 7).

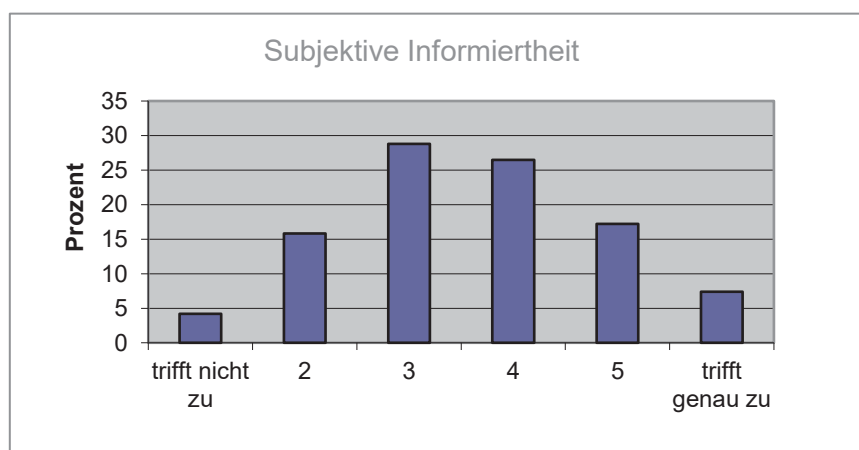


Abbildung 7: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009

Für die subjektiv wahrgenommene Informiertheit ist der Faktor Berufszugehörigkeit lediglich ein Trend ($p=0.056$) zu Gunsten der Psychologen (siehe Abbildung 8).

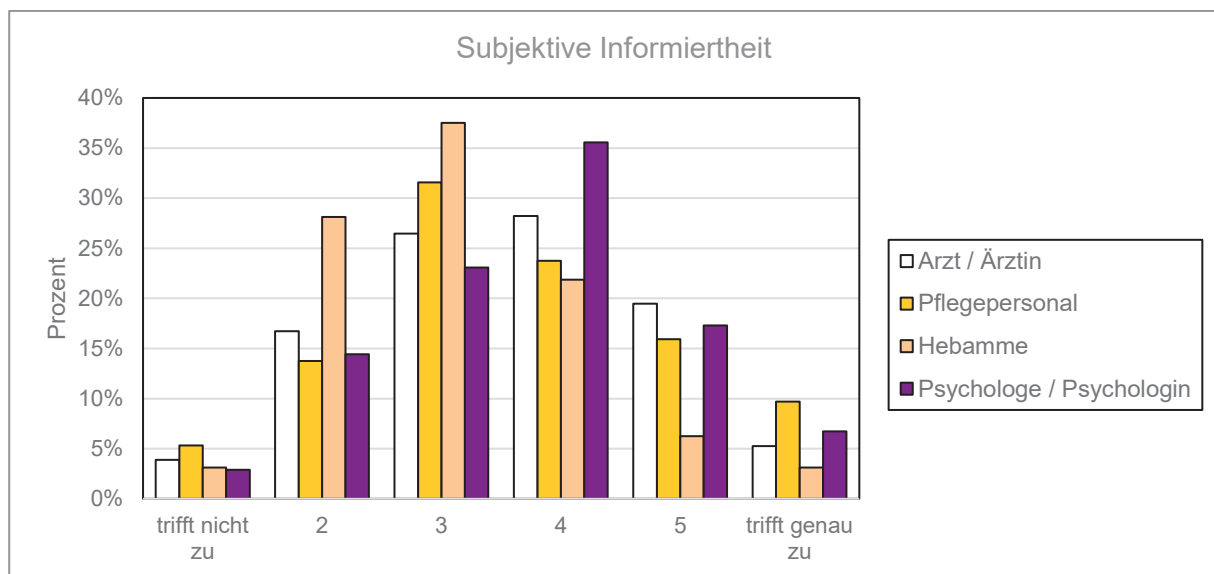


Abbildung 8: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt nach Berufsgruppen, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009

5.1.1.2 Geschätzter Anteil Betroffener nach Geschlecht (erwachsene Bevölkerung)

Ein Viertel der Befragten (25%) schätzten den Anteil betroffener Frauen so ein, wie er den aktuellen Lebenszeitprävalenzstudien in Deutschland entspricht, nämlich zwischen 20% und 30% (Müller & Schröttle, 2004; European Union Agency for Fundamental Rights, 2014). Die Antwortenden schätzten den Anteil betroffener Männer deutlich geringer ein als den der Frauen (siehe Abbildung 9).

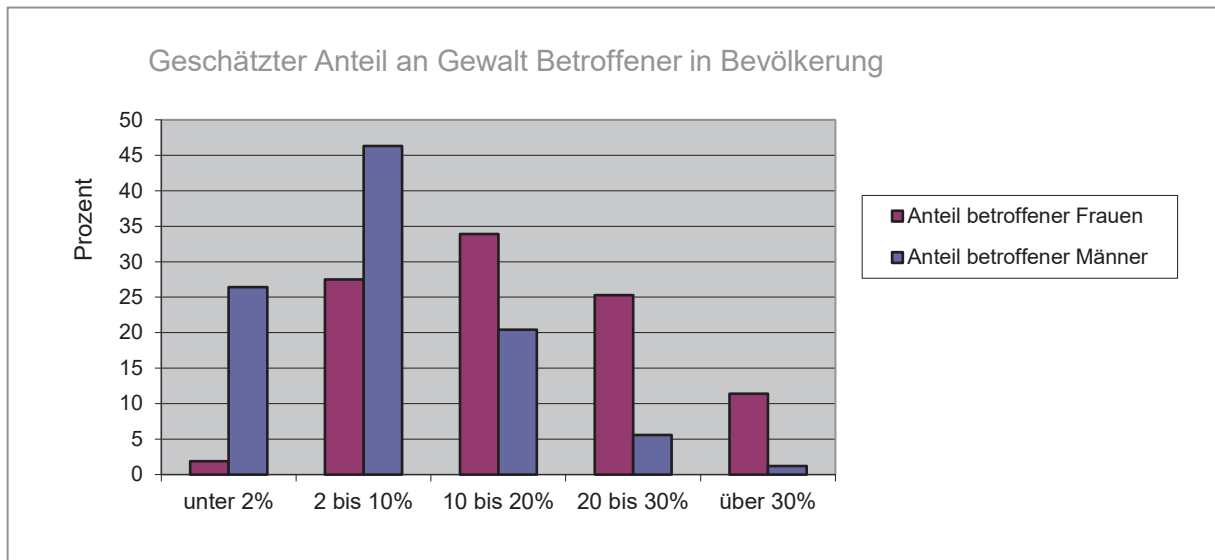


Abbildung 9: Geschätzter Anteil Betroffener von häuslicher Gewalt in der deutschen Bevölkerung, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009

Ärzte schätzten den Anteil betroffener Frauen insgesamt niedriger ein als die anderen Berufsgruppen. Die Kategorie nach der Literatur zutreffende Betroffenheit für Frauen (Müller & Schröttle, 2004; European Union Agency for Fundamental Rights, 2014) von 20-30% wählten 19% der Ärzte, 31% der Pflegenden, 27% der Hebammen und 36% der Psychologen. Abbildung 10 gibt die Einschätzung des Anteils betroffener Frauen und Abbildung 11, die des Anteils betroffener Männer wieder.

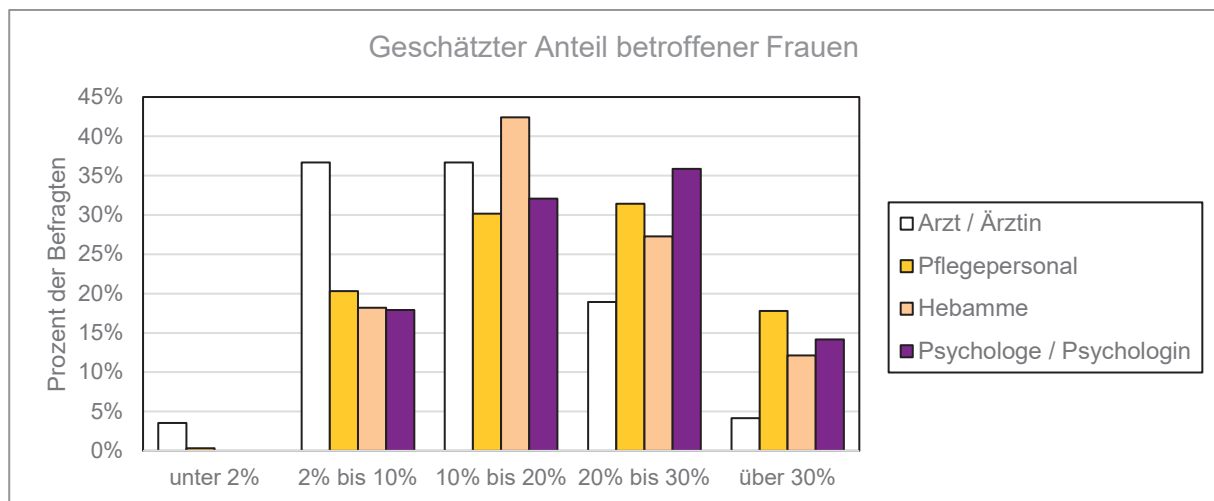


Abbildung 10: Anteil von häuslicher Gewalt jemals betroffener Frauen Einschätzung durch Berufsgruppen, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009

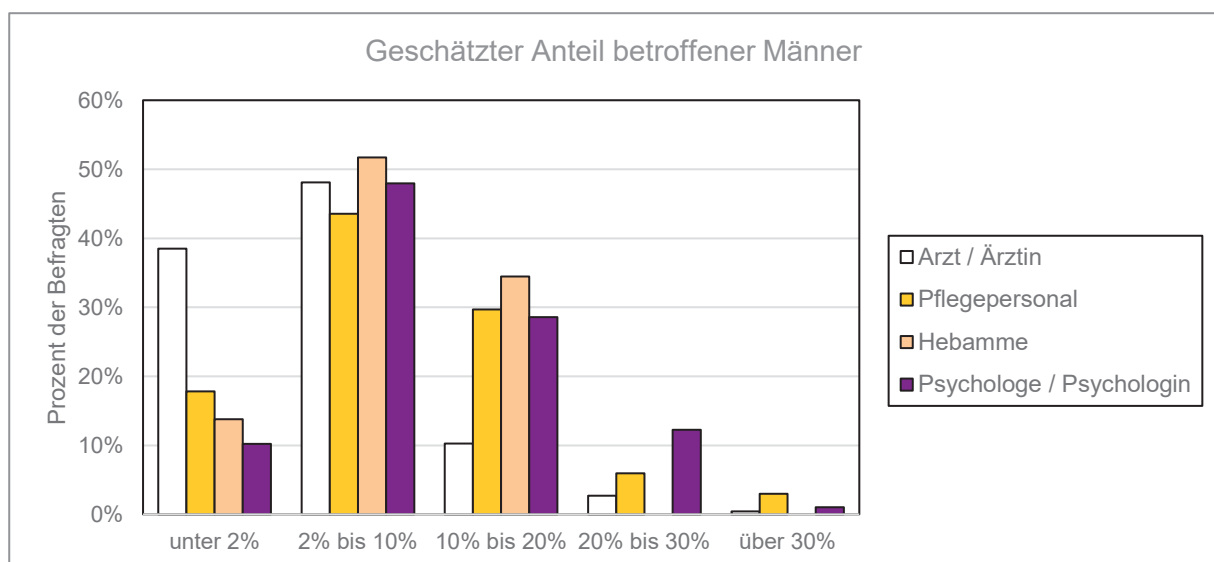


Abbildung 11: Anteil jemals von häuslicher Gewalt betroffener Männer Einschätzung durch Berufsgruppen, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009

5.1.2 Umgang mit Betroffenen von häuslicher Gewalt

5.1.2.1 Geschätzte Kontakthäufigkeit mit von häuslicher Gewalt Betroffenen

Auf die Frage, ob sie während ihrer Tätigkeit im vergangenen Jahr Kontakt mit Betroffenen gehabt hätten, die häusliche Gewalt / Gewalt in der Familie (körperliche, sexuelle und psychische Gewalt) erlebt haben, gaben 22,2% (241) an, keinen Kontakt gehabt zu haben. 42,8% (465) schätzten dies mit unter 2% ein, 22,7% (247) zwischen 2-10%, 6,2% (67) zwischen 10-20%, 3,3% (36) zwischen 20-30% und 2,8% (30) als über 30% ein.

Die Häufigkeit, mit der die befragten Fachkräfte Kontakt zu Betroffenen hatten, wurde je nach befragter Berufsgruppe unterschiedlich eingeschätzt (siehe Abbildung 12).

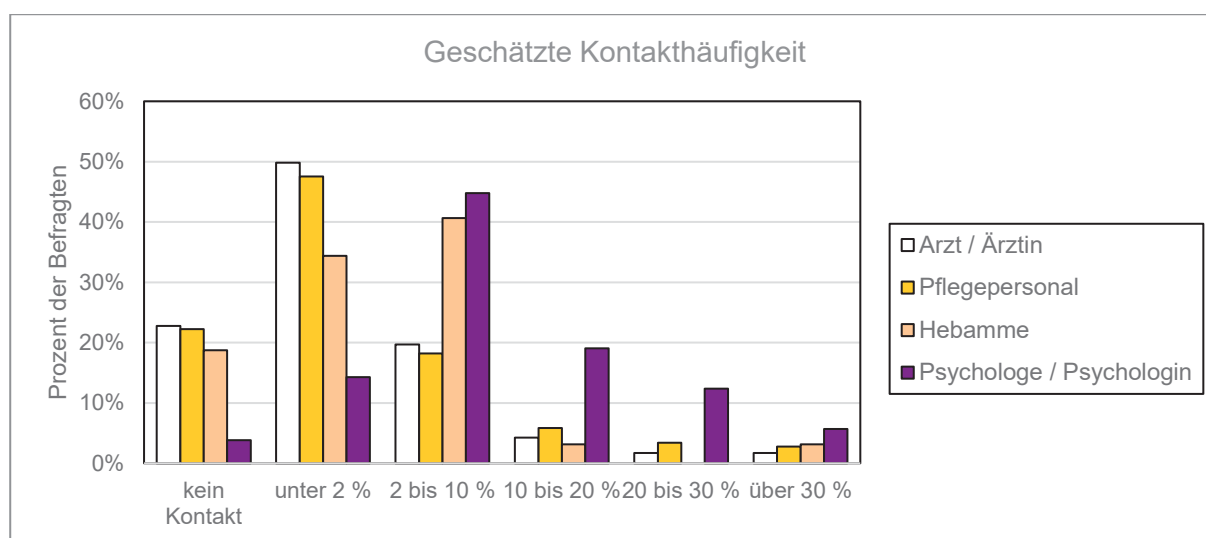


Abbildung 12: geschätzte Kontakthäufigkeit mit Betroffenen häuslicher Gewalt nach Berufsgruppen, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009

Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte schätzten die Häufigkeit, mit Betroffenen häuslicher Gewalt konfrontiert zu werden, ähnlich mit „recht gering“ ein. Ärztinnen und Ärzte gaben zu 22,8% an, im vergangenen Jahr überhaupt keinen Kontakt mit Betroffenen gehabt zu haben, 49,8% schätzten die Häufigkeit auf unter 2%, und 19,7% gaben eine 2-10%-ige Kontaktrate an. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schätzten den Kontakt deutlich häufiger ($p < 0.001$) ein, was vermutlich auf deren spezifisches Patientenkontext zurückzuführen ist.

5.1.2.2 Ansprechen bei Verdacht auf häusliche Gewalt

80,1% (N=832) der Antwortenden gab an, bei Verdacht auf Vorliegen von häuslicher Gewalt eher anzusprechen. 19,9% beantworteten die Frage mit „eher nein“.

Hier beantworteten 91,7% der Ärztinnen und Ärzte, 57,1% des Pflegepersonals, 75,8% der Hebammen und 97,2% der Psychologen die Frage mit „eher ja“. Psychologinnen und Psychologen und Ärztinnen und Ärzte gaben damit gegenüber Hebammen ($p<.05$) und gegenüber Pflegekräften ($p<.001$) eine signifikant höhere Bereitschaft an, im Verdachtsfall anzusprechen (siehe Abbildung 13).

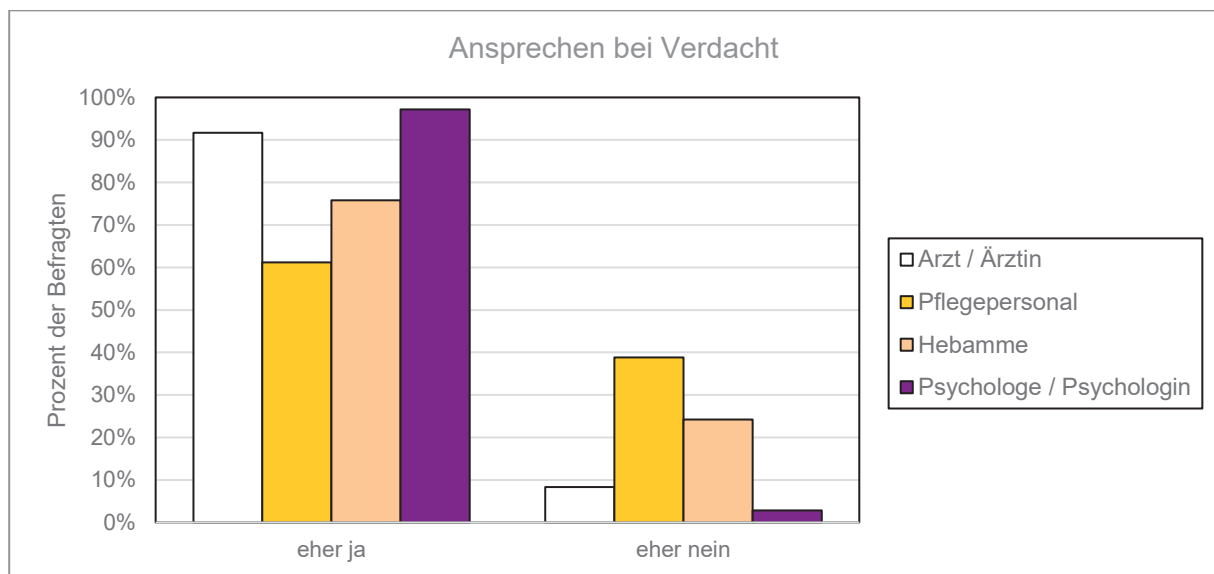


Abbildung 13: Häufigkeit des Ansprechens bei Verdacht auf häusliche Gewalt durch verschiedene Berufsgruppen, Befragung Fachkräfte Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009

5.1.2.3 Schwierigkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt anzusprechen

Die Befragten konnten aus einer Liste von 11 vorgegebenen Aussagen die für sie wesentlichen Hauptaspekte auswählen. Die Hauptschwierigkeit, von 40% der Betroffenen angegeben, waren fehlende Informationen, an wen Betroffene weiter verwiesen werden können (siehe Tabelle 11).

Welche Schwierigkeiten sehen Sie in Ihrer beruflichen Praxis, Patienten auf das Thema häusliche Gewalt anzusprechen?	Häufigkeit (N=1.107)	Prozent (100%)
Mir fehlen Informationen, an wen die Betroffenen weiter verwiesen werden können.	445	40,2
Ich vermute, dass die Patientin nicht angesprochen werden will.	370	33,4
Es besteht die Gefahr, dass ich damit unvorhersehbare Folgen auslöse (z. B. Retraumatisierung).	338	30,5
Zeitmangel	331	29,9
Ich bin nicht der richtige Ansprechpartner.	166	15,0
Es gibt sprachliche Barrieren.	84	7,6
Ich befürchte rechtliche Konsequenzen.	81	7,3
Ich habe Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Betroffenen.	79	7,1
Der mutmaßliche Täter ist auch bei mir in Behandlung.	64	5,8
Ich fürchte um meine eigenen Sicherheit und die meiner Kollegen.	63	5,7
Häusliche Gewalt ist eine Familienangelegenheit.	53	4,8

Tabelle 11: Schwierigkeiten (Hauptaspekte) beim Ansprechen bei Verdacht auf häusliche Gewalt, nach der Zahl der Nennungen, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009

Ärztinnen und Ärzte nannten hauptsächlich fehlendes Wissen über Weitervermittlungsmöglichkeiten (42%), Zeitmangel (37%) und die Vermutung, dass die Betroffenen nicht auf ihr Gewalterleben angesprochen werden wollen (27%). Die Verteilung der Antworten nach Berufen kann Tabelle 12 entnommen werden. Für die hohe zeitliche Belastung von Ärzten spricht, dass Zeitmangel als Hauptschwierigkeit bei den antwortenden Pflegekräften, Hebammen und Psychologen erst an vierter Stelle steht.

Welche Schwierigkeiten sehen Sie in Ihrer beruflichen Praxis, Patienten auf das Thema häusliche Gewalt anzusprechen?	Ärzte	Pflegepersonal	Hebammen	Psychologen
Mir fehlen Informationen, an wen die Betroffenen weiter verwiesen werden können.	41,5%	41,7%	57,6%	27,5%
Zeitmangel	36,7%	30,4%	27,3%	10,1%
Ich vermute, dass die Patientin nicht angesprochen werden will.	27,1%	46,9%	51,5%	17,4%
Es besteht die Gefahr, dass ich damit unvorhersehbare Folgen auslöse (z. B. Retraumatisierung).	22,8%	39,0%	48,5%	35,8%
Ich bin nicht der richtige Ansprechpartner.	13,1%	18,4%	12,1%	0,9%
Der mutmaßliche Täter ist auch bei mir in Behandlung.	9,6%	2,8%	6,1%	1,8%
Ich habe Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Betroffenen.	9,0%	7,4%	0	4,6%
Es gibt sprachliche Barrieren.	7,5%	9,5%	15,2%	2,8%
Ich befürchte rechtliche Konsequenzen.	7,1%	9,2%	6,1%	3,7%
Ich fürchte um meine eigenen Sicherheit und die meiner Kollegen.	5,4%	7,1%	12,1%	3,7%
Häusliche Gewalt ist eine Familienangelegenheit.	3,6%	5,5%	6,1%	6,4%

Tabelle 12: Schwierigkeiten (Hauptaspekte) beim Ansprechen bei Verdacht auf häusliche Gewalt, jeweilige häufigste Nennung farbig hervorgehoben. Befragung Fachkräfte Gesundheitswesen 2009

5.1.2.4 Zufriedenheit mit den Möglichkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen

Nur sehr wenige der Antwortenden waren mit ihren Möglichkeiten, bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen, zufrieden; 77,3% der Antwortenden (N=781) waren „eher unzufrieden“ oder „sehr unzufrieden“. Lediglich (N=9) waren dagegen „sehr zufrieden“, 21,8% (N=220) sind „eher zufrieden“ (siehe Abbildung 14).

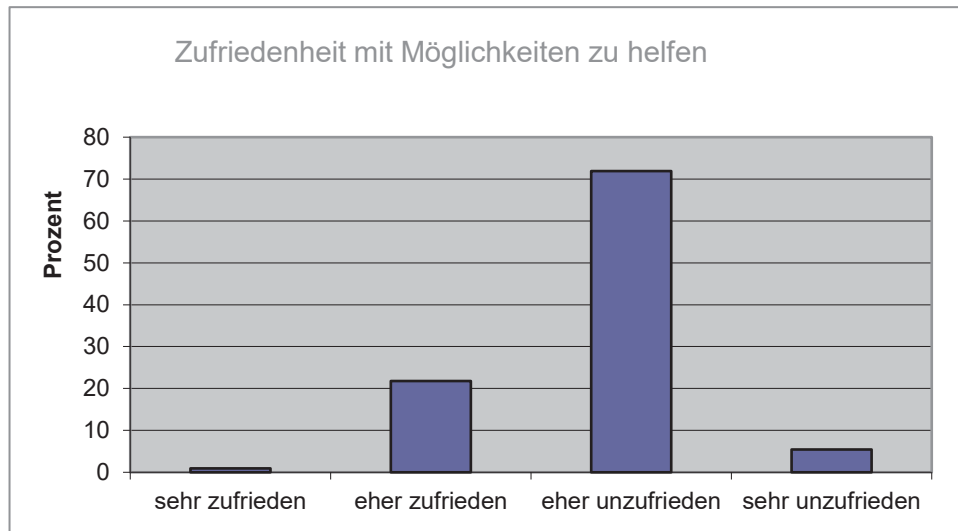


Abbildung 14: Zufriedenheit mit den Möglichkeiten, bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen.
Einschätzung Fachkräfte im Gesundheitswesen, Befragung Dresden-Chemnitz 2009

Etwa 80% der befragten Ärzte, Pflegekräfte und Hebammen sind mit ihren Möglichkeiten eher unzufrieden oder sehr unzufrieden. Psychologen schienen etwas zufriedener mit ihren Möglichkeiten – 44% der Psychologen gaben an, eher zufrieden zu sein. Sie schätzten ihre Möglichkeiten signifikant als besser ein ($p < .001$) als die anderen Berufsgruppen (siehe Abbildung 15).

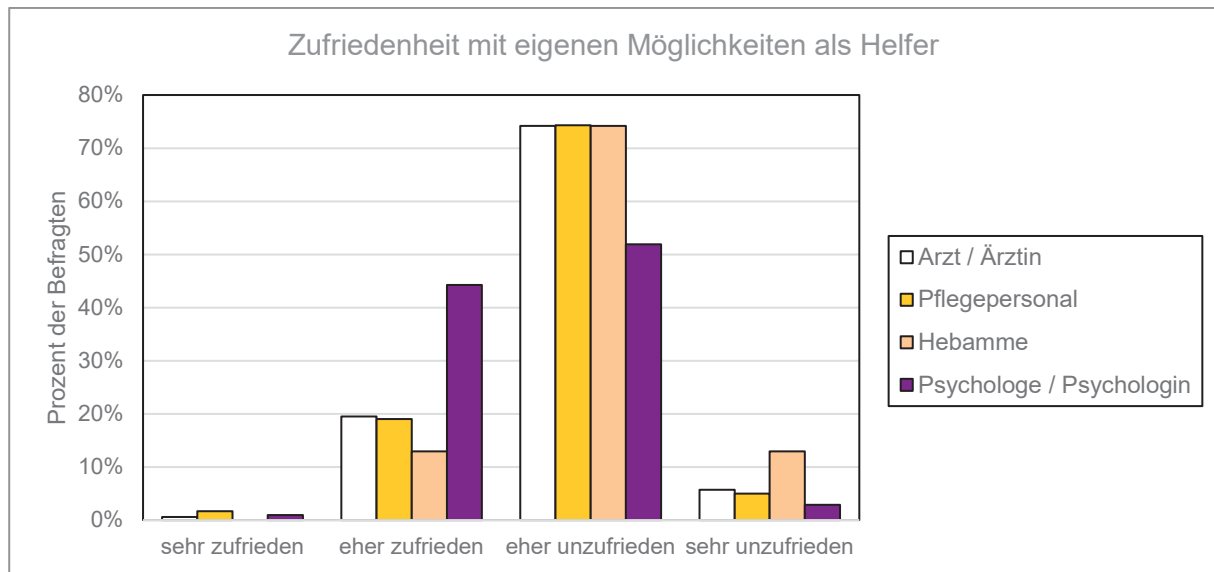


Abbildung 15: Zufriedenheit mit Möglichkeiten, bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen nach Berufsgruppe. Einschätzung Fachkräfte im Gesundheitswesen Befragung Dresden-Chemnitz 2009

5.1.3 Bekanntheit und Nutzung von Arbeitshilfen und Beratungsstellen

5.1.3.1 Bekanntheit und Nutzung von Arbeitshilfen zum Thema häusliche Gewalt

Der Sächsische Leitfaden zum Umgang mit häuslicher Gewalt der Landesärztekammer war 20,4% (n=210) der Befragten bekannt, 9,4% (n=71) der Befragten gaben an ihn zu nutzen. 30,6% (n=81) derer, die den Leitfaden kannten, fanden den im Leitfaden enthaltenen Dokumentationsbogen in den einzelnen Punkten als problemlos auszufüllen.

18,6% der Befragten (n=177) kannten die Datenbank www.traumanetz-sachsen.de. 12,3% (n=80) nutzten sie. 19,6% der Befragten (n=176) gaben an, Informationsmaterialien von Beratungsstellen etc. zum Thema häusliche Gewalt in ihren Praxisräumen auszulegen, wie aus Tabelle 13 ersichtlich ist.

		Ärzte	Pflegepersonal	Hebammen	Psychologen
Sächsischer Leitfaden zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt	bekannt	32,7%	3,1%	3,1%	20,6%
	genutzt	15,1%	1,0%	4,2%	7,3%
Sächsischer Leitfaden „Gewalt gegen Kinder...“	bekannt	30,8%	10,4%	10,7%	10,4%
	benutzt	15,3%	4,1%	3,0%	4,4%
www.traumanetz-sachsen.de	bekannt	12,9%	12,6%	26,7%	57,7%
	genutzt	9,8%	5,0%	14,3%	39,5%
Auslegen von Informationsmaterial		21,6%	5,8%	25,8%	44,8%

Tabelle 13: Bekanntheit und Nutzung von Informationsmöglichkeiten und Arbeitsmaterial beantwortet durch verschiedene Berufsgruppen. Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009

Entsprechend der Zielgruppe ist der Sächsische Leitfaden zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt den Ärztinnen und Ärzten am bekanntesten, wobei auch unter ihnen nur etwa ein Drittel (33%) den Leitfaden kennt und etwa 15% ihn nutzen. Den Sächsischen Leitfaden „Gewalt gegen Kinder / Misshandlung Minderjähriger“ kennen etwa 30% der Ärztinnen und Ärzte und 11% der anderen Berufsgruppenangehörigen. Die Nutzerquote liegt, wie bei dem Erwachsenenleitfaden, bei 15%. Die Datenbank www.traumanetz-sachsen.de ist unter Ärztinnen und Ärzten und Pflegekräften relativ unbekannt. Unter Psychologinnen und Psychologen dagegen ist sie (naturgemäß) relativ bekannt und wird auch genutzt. Nur etwa 20% der Ärztinnen und Ärzte nutzen die Möglichkeit, Informationsmaterial zum Thema auszulegen. Psychologinnen und Psychologen gaben an, diese Möglichkeit häufiger zu nutzen.

5.1.3.2 Bekanntheit von Einrichtungen/Institutionen und Kontakt zu ihnen

Die Antwortenden sollten für mehrere in Dresden einschlägige Beratungsstellen/Institutionen angeben, ob sie ihnen bekannt sind, ob sie im vergangenen Jahr Kontakt mit ihnen hatten und wie zufrieden sie mit dem Kontakt waren.

Die verschiedenen Einrichtungen sind sehr unterschiedlich gut bekannt. Das Frauenschutzhause und das Institut für Rechtsmedizin sind die bekanntesten Einrichtungen. Die Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle als spezialisierte Beratungsstelle bei häuslicher Gewalt war aber nur 9% der Befragten bekannt.

Die meisten Antwortenden gaben an, keinen Kontakt zu den angegebenen Stellen zu haben, lediglich der Kinder- und Jugendnotdienst, der Psychosoziale Krisendienst, das Institut für Rechtsmedizin und die Traumaambulanz würden etwas häufiger kontaktiert. Falls Kontakt besteht, so ist er in aller Regel zufriedenstellend.

Die detaillierte Verteilung kann Tabelle 14 entnommen werden.

	ist bekannt	kein Kontakt	mit Kontakt	
			zufrieden	nicht zufrieden
D.I.K. (Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle...)	91 9,2%	773 97,0%	17 2,1%	7 0,9%
Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Dresden	779 75,9%	696 78,9%	176 20,0%	10 1,1%
Traumaambulanz am Universitätsklinikum Dresden	568 55,9%	733 85,2%	116 13,5%	11 1,3%
Kinderschutzbund Dresden	651 64,2%	796 92,5%	57 6,6%	8 0,9%
AUSWEG	139 14,1%	749 94,0%	38 4,8%	10 1,3%
Opferhilfe Sachsen e.V.	413 40,9%	781 93,9%	45 5,4%	6 0,7%
Weißer Ring e.V.	807 78,3%	818 91,8%	61 6,8%	12 1,3%
Psychosozialer Krisendienst der Landeshauptstadt Dresden	412 40,9%	720 85,6%	106 12,7%	6 0,7%
Kinder- und Jugendnotdienst der Landeshauptstadt Dresden	635 62,0%	753 87,7%	96 11,2%	10 1,2%
Frauenschutzhaus Dresden	735 71,2%	801 91,2%	68 7,7%	9 1,0%
Anonyme Zuflucht für Mädchen und junge Frauen Dresden	412 40,5%	775 92,8%	54 6,5%	6 0,7%
Täterberatungsstelle „Escape“	90 9,0%	773 97,6%	14 1,8%	5 0,6%

Tabelle 14: Bekanntheit und Kontakt mit Einrichtungen/Institutionen zur Beratung und Schutz bei häuslicher Gewalt, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009

Tabelle 15 zeigt die Verteilung nach Berufsgruppen.

	Ärzte	Pflegepersonal	Hebammen	Psychologen
D.I.K. (Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle...)	9,2%	6,2%	3,2%	18,2%
Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Dresden	75,8%	87,7%	75,0%	41,4%
Traumaambulanz am Universitätsklinikum Dresden	47,9%	60,8%	56,2%	77,7%
Kinderschutzbund Dresden	54,9%	73,0%	87,9%	69,0%
AUSWEG	10,9%	11,3%	9,7%	35,4%
Opferhilfe Sachsen e.V.	31,2%	47,2%	25,0%	67,6%
Weißer Ring e.V.	76,4%	79,5%	74,0%	88,1%
Psychosozialer Krisendienst der Landeshauptstadt Dresden	38,4%	33,2%	29,0%	77,2%
Kinder- und Jugendnotdienst der Landeshauptstadt Dresden	54,2%	70,4%	75,0%	70,3%
Frauenschutzhaus Dresden	64,7%	77,1%	81,0%	76,5%
Anonyme Zuflucht für Mädchen und junge Frauen Dresden	30,1%	46,6%	54,0%	57,4%
Täterberatungsstelle „Escape“	5,7%	7,9%	9,7%	24,0%

Tabelle 15: Bekanntheit von Einrichtungen/Institutionen zur Beratung und zum Schutz bei häuslicher Gewalt, beantwortet nach Berufsgruppe, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009

5.1.3.3 Mittelwert bekannter Einrichtungen

Alle Berufsgruppen hatten im Mittel signifikant weniger Berührungspunkte als Psychologinnen oder Psychologen ($p=0.000$), wobei deren Kontakthäufigkeit als bereits recht gering einzuschätzen ist (Abbildung 16).

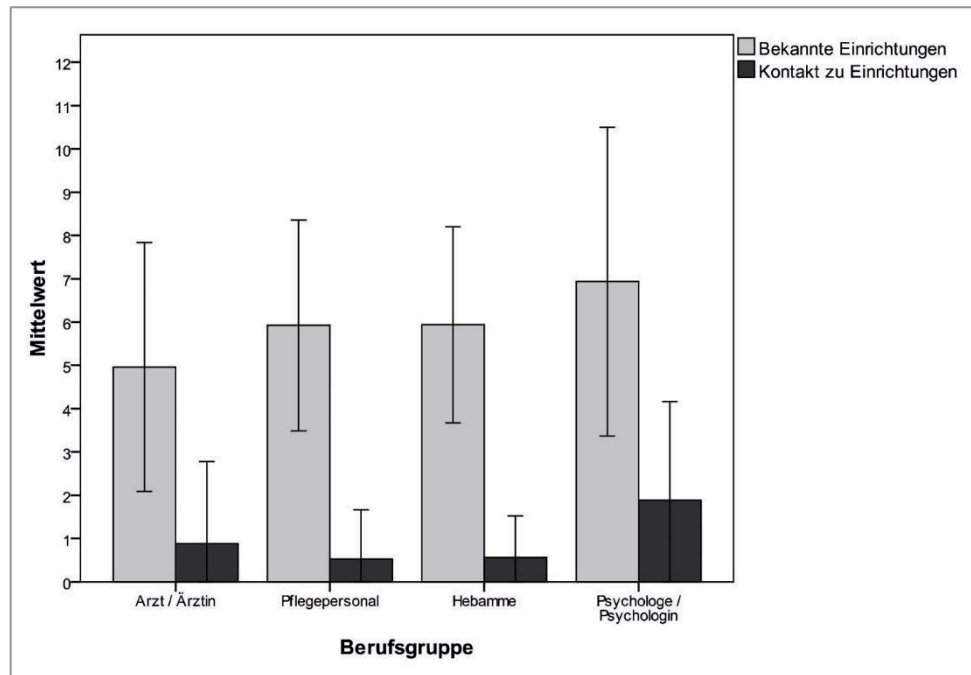


Abbildung 16: Mittelwert bekannter Einrichtungen zur Beratung und Schutz bei häuslicher Gewalt und Kontakt zu diesen in Abhängigkeit von der Berufsgruppe, Fehlerbalken als einfache Standardabweichung, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009 (Epple et al., 2011)

5.1.4 Einstellung zu Fortbildungen zum Thema häusliche Gewalt

5.1.4.1 Interesse an Fortbildungen

Das bekundete Interesse für die Teilnahme an einer Fortbildung ist hoch. 83,8% der Antwortenden ($n=871$) gaben an, interessiert an einer Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt zu sein. Im Berufsgruppenvergleich waren dies 97% der Hebammen, 92% der Pflegenden, 84% der Psychologen und 79% der Ärzte.

75% ($n=801$) der Gesamtheit der Antwortenden hatten in den letzten 5 Jahren keine Fortbildung zu diesem Thema besucht.

Etwa ein Viertel der antwortenden Ärzte, Pflegende und Hebammen gaben an, in den vergangenen fünf Jahren bereits eine Weiterbildung zum Thema häusliche Gewalt absolviert zu haben. Bei den Psychologen waren es 38%.

5.1.4.2 Wichtigkeit inhaltlicher Aspekte

Als wichtige Hauptschwerpunkte einer Fortbildung wurden konkrete Handlungsanleitungen, Informationen über Beratungsstellen, Informationen zu rechtlichen Aspekten und Hinweise zur Gesprächsführung mit Betroffenen genannt. Details zeigt Tabelle 16.

	wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
Hintergrundinformationen/wissenschaftliches Material (Ausmaß, Formen und Gesundheitsfolgen etc.)	489 47,8%	389 38,0%	141 13,8%	5 0,5%
Handlungsanleitungen zur Vorgehensweise bei Verdacht oder Gewissheit auf häusliche Gewalt.	950 90,0%	98 9,3%	6 0,6%	1 0,1%
Hinweise bzw. Schulung zur Gesprächsführung mit Betroffenen	708 68,2%	258 24,9%	65 6,3%	7 0,7%
Handlungsanleitungen zur gerichtsverwertbaren Dokumentation	553 53,3%	363 35,0%	110 10,6%	11 1,1%
Informationen zu rechtlichen Aspekten (Schweigepflicht, Gewaltschutzgesetz etc.)	703 67,2%	298 28,5%	41 3,9%	4 0,4%
Informationen über Beratungsstellen/Zufluchtseinrichtungen	740 70,7%	280 26,8%	23 2,2%	3 0,3%
Hinweise zur Abklärung des aktuellen Schutzbedürfnisses	592 57,9%	353 34,5%	73 7,1%	4 0,4%
Initiierung von Kooperationen/Vernetzung	387 38,4%	435 43,2%	165 16,4%	20 2,0%

Tabelle 16: Wichtigkeit verschiedener inhaltlicher Aspekte in der Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt: Häufigkeiten und Prozent der Antworten, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009

5.1.4.3 Ideale Zeitdauer Veranstaltung zum Thema häusliche Gewalt

Die Hälfte der Befragten fand eine bis zu zweistündige Fortbildung günstig. Für 27% der Befragten wäre eine ideale Fortbildung bis zu 4 Stunden lang. 7,7% wünschen sich eine nur halb- bis einstündige Veranstaltung, 16% würden sich ganztägig schulen lassen.

Für Ärztinnen und Ärzte und Pflegende wünschen sich eher kürzere Fortbildungen. Nur etwa 8% der Ärztinnen und Ärzte würden eine ganztägige Veranstaltung als ideal empfinden. Sie präferieren Veranstaltungen von bis zu 2 Stunden Länge, wie aus Abbildung 17 ersichtlich ist.

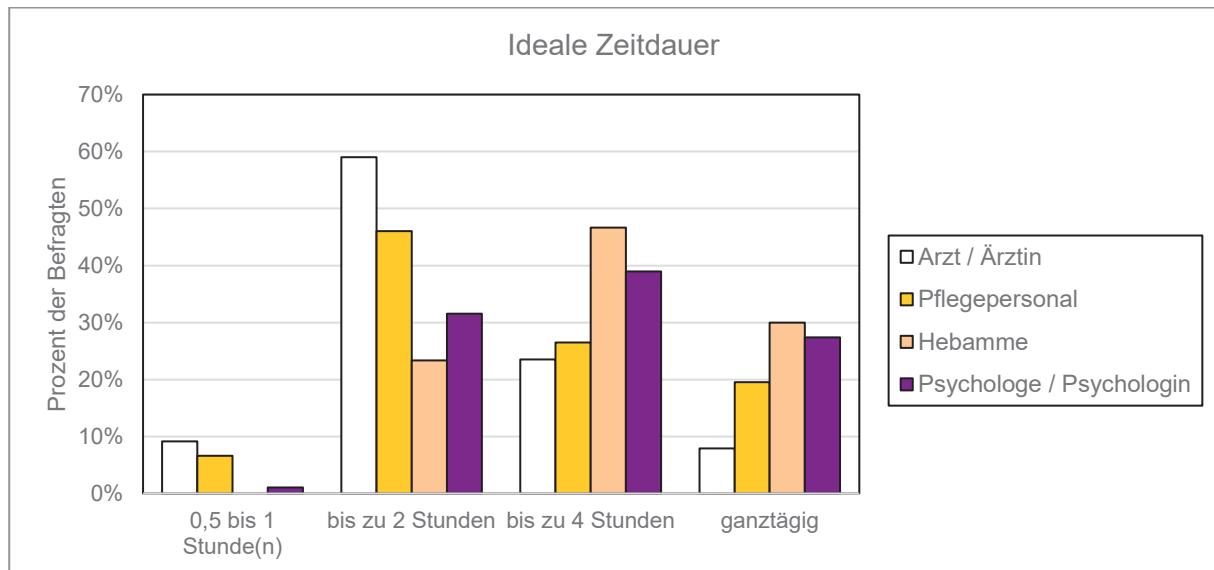


Abbildung 17: Von Berufsgruppen als günstig eingeschätzte Zeitdauer einer Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009

5.2 Ergebnisse Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen in Dresden und Chemnitz zum Thema häusliche Gewalt nach der Fortbildungsintervention „Hinsehen-Erkennen-Handeln“ in Dresden im Jahr 2010

5.2.1 Informationsstand zum Thema häusliche Gewalt

5.2.1.1 Subjektive Informiertheit

Die Frage, wie sie sich zum Thema häusliche Gewalt / Gewalt in der Familie informiert fühlten, wurde wieder überwiegend mit „mittelgut“ beantwortet. Der Mittelwert der Antworten (N=753) lag bei 3,69 und damit erneut nahezu in der Skalenmitte. Die Standardabweichung betrug 1,286. (siehe Abbildung 18).

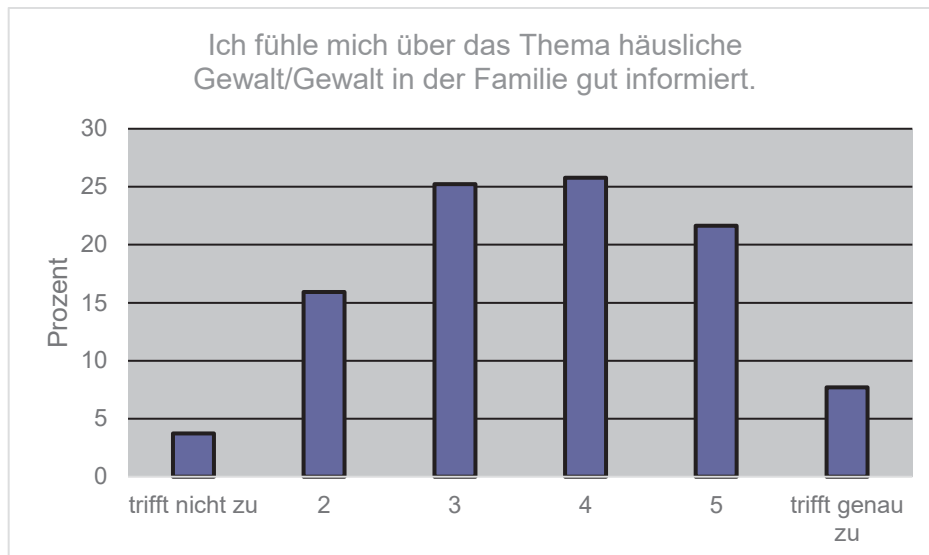


Abbildung 18: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt, Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010

Die subjektive Informiertheit unterschied sich in Abhängigkeit von der Berufsgruppe nicht ($p > .05$), wie Abbildung 19 zeigt.

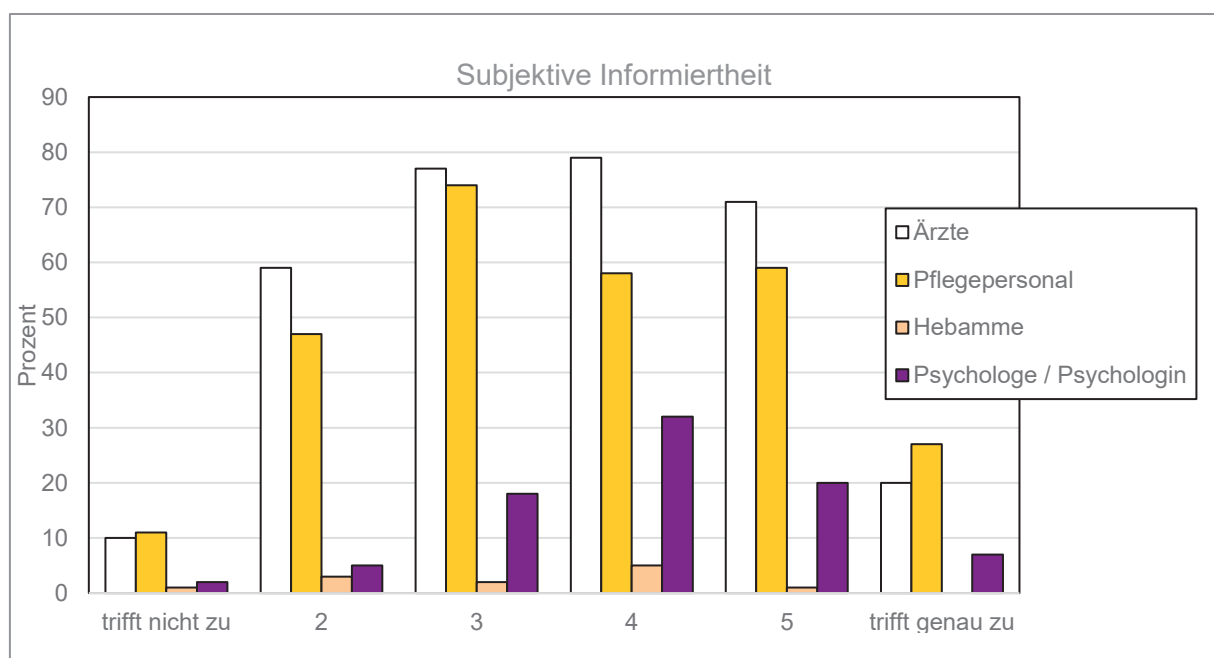


Abbildung 19: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt, Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010

5.2.1.2 Geschätzter Anteil von häuslicher Gewalt Betroffener

Ein Viertel der Antwortenden (25%) schätzten den Anteil betroffener Frauen (Kategorie 20-30%) so ein, wie er den aktuellen Lebenszeitprävalenzstudien in Deutschland entspricht (Müller & Schröttle, 2004; European Union Agency for Fundamental Rights, 2014). Die Antwortenden schätzten den Anteil betroffener Männer deutlich geringer ein als den der Frauen (siehe Abbildung 20).

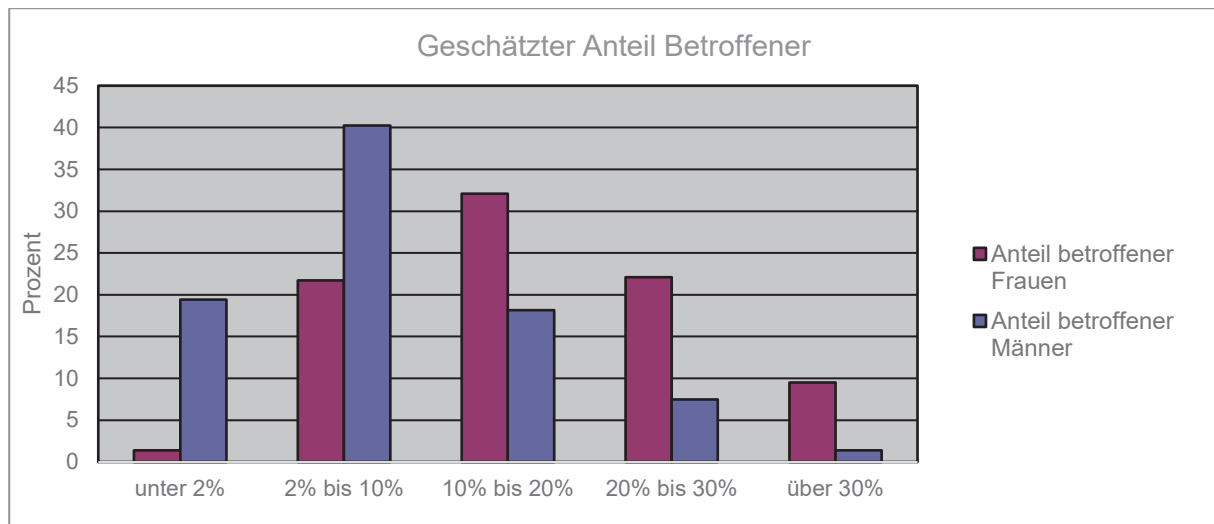


Abbildung 20: Geschätzter Anteil Betroffenheit von häuslicher Gewalt nach Geschlecht durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010

Ärztinnen und Ärzte schätzten den Anteil betroffener Frauen erneut niedriger ein als die anderen Berufsgruppen. Die Kategorie nach der Literatur zutreffende Betroffenheit für Frauen (Müller & Schröttle, 2004) von 20-30% wählten 19% (N=55) der Ärzte, 28% (N=71) der Pflegekräfte, 33% (N=4) der Hebammen und 30% (N=24) der Psychologen, wie in Abbildung 21 und Abbildung 22 dargestellt.

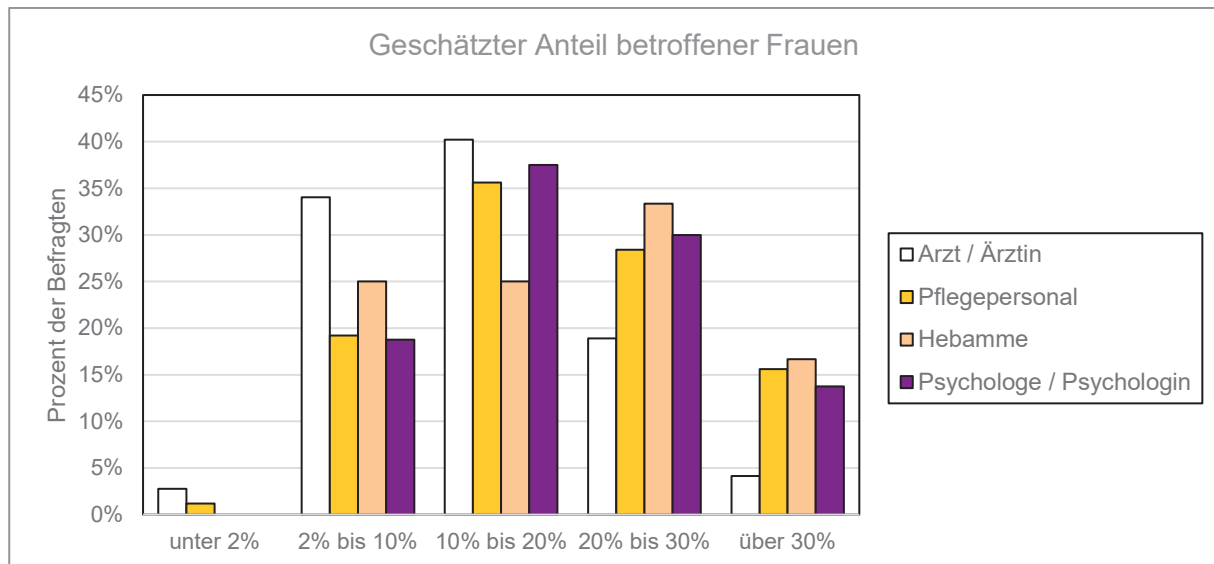


Abbildung 21: Anteil jemals von häuslicher Gewalt betroffener Frauen Einschätzung durch Berufsgruppen, Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010

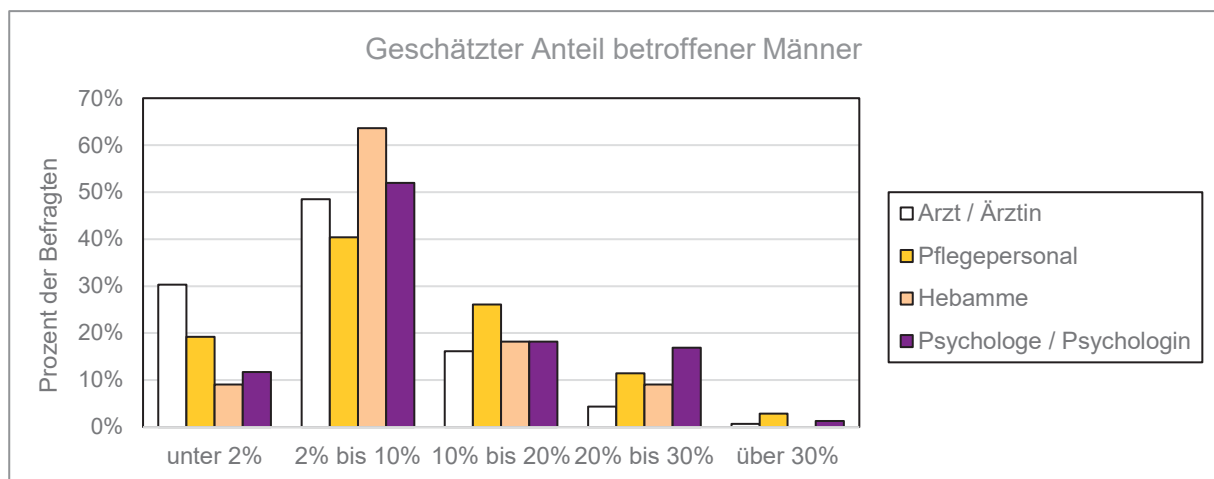


Abbildung 22: Anteil jemals von häuslicher Gewalt betroffener Männer Einschätzung durch Berufsgruppen, Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010

5.2.2 Umgang mit Betroffenen häuslicher Gewalt

5.2.2.1 Geschätzte Kontakthäufigkeit mit Opfern häuslicher Gewalt

Auf die Frage, ob sie während ihrer Tätigkeit im vergangenen Jahr Kontakt mit Betroffenen gehabt hätten, die häusliche Gewalt / Gewalt in der Familie (körperliche, sexuelle und psychische Gewalt) erlebt haben, gaben 27% (200) an, keinen Kontakt gehabt zu haben. 40% (303) schätzten dies mit unter 2% ein, 22% (167) zwischen 2-10%, 6% (46) zwischen 10-20%, 3% (21) zwischen 20-30% und 2% (17) als über 30% ein.

Die Häufigkeit, mit der die befragten Fachkräfte Kontakt zu Betroffenen hatten, wurde je nach befragter Berufsgruppe unterschiedlich eingeschätzt (siehe Abbildung 23).

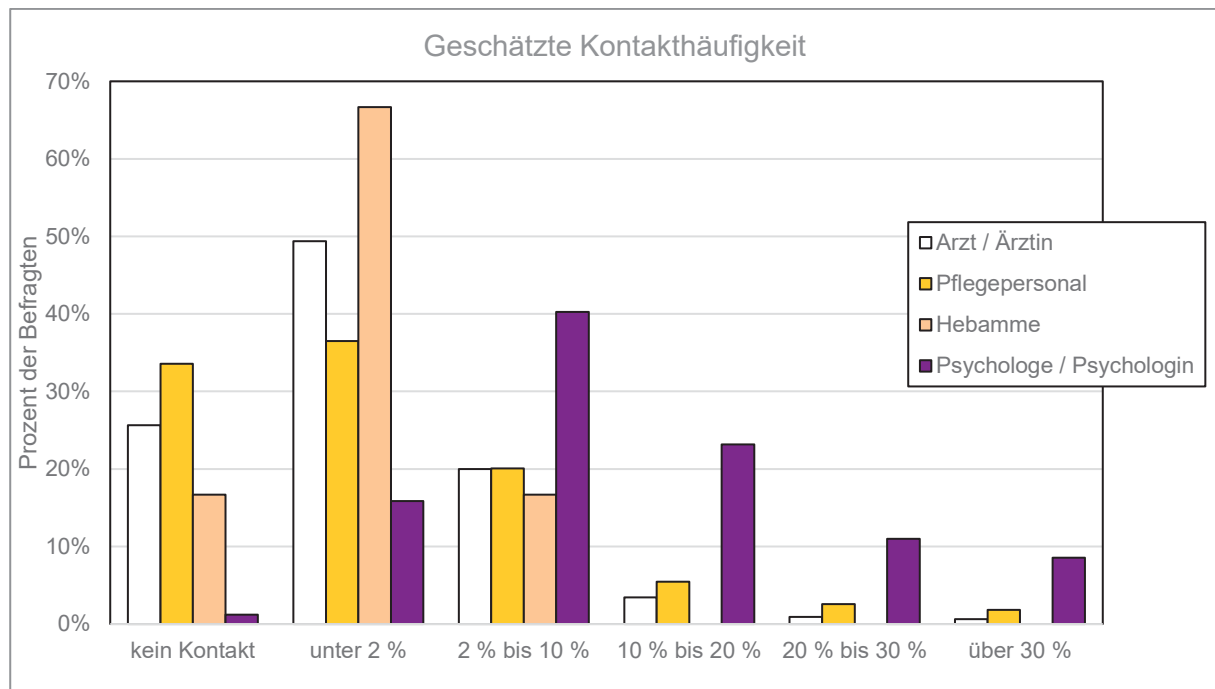


Abbildung 23: geschätzte Kontakthäufigkeit mit Betroffenen häuslicher Gewalt nach Berufsgruppen
Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010

Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte schätzten die Häufigkeit, mit Betroffenen häuslicher Gewalt konfrontiert zu werden, ähnlich mit „recht gering“ ein. Ärztinnen und Ärzte gaben zu 26% (N=82) an, im vergangenen Jahr überhaupt keinen Kontakt mit Betroffenen gehabt zu haben, 49% (N=158) schätzten die Häufigkeit auf unter 2%, und 20% (N=64) gaben eine 2-10%-ige Kontaktrate an. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schätzten den Kontakt wieder deutlich häufiger ($p < 0.001$) ein.

5.2.2.2 Ansprechen bei Verdacht auf häusliche Gewalt

88% (N=553) der Antwortenden gab an, bei Verdacht auf Vorliegen von häuslicher Gewalt eher anzusprechen. 19,9% beantworteten die Frage mit „eher nein“.

Diesmal beantworteten 88% (N=277) der Ärztinnen und Ärzte, 61% (N=158) der Pflegekräfte, 42% (N=5) der Hebammen und 100% (N=83) der Psychologen die Frage mit „eher ja“. Psychologinnen und Psychologen und Ärztinnen und Ärzte gaben wieder gegenüber Hebammen und gegenüber Pflegekräften ($p < .001$) eine signifikant höhere Bereitschaft an, im Verdachtsfall anzusprechen (siehe Abbildung 24).

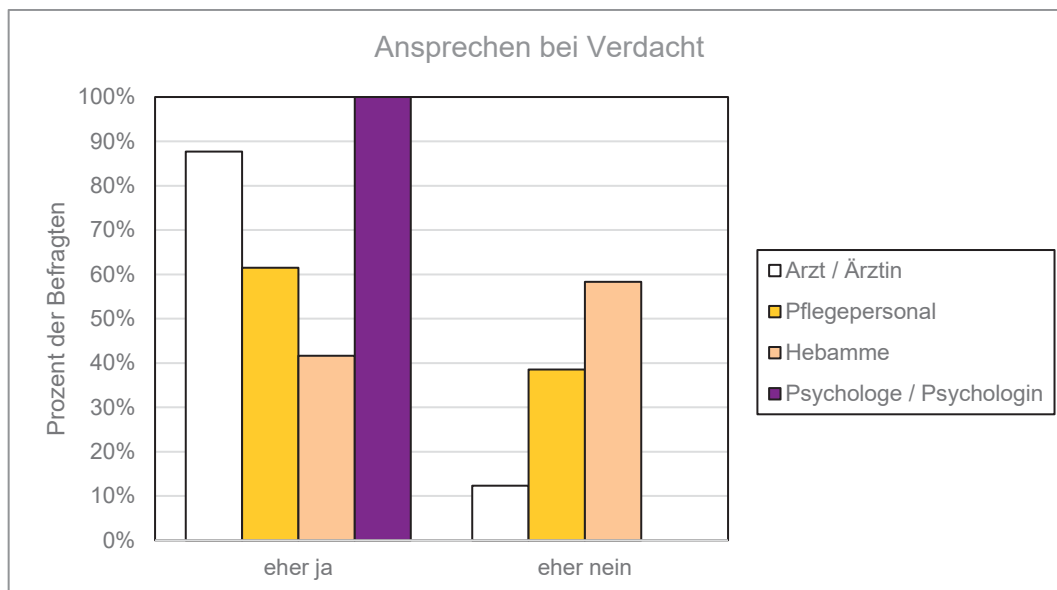


Abbildung 24: Häufigkeit des Ansprechens bei Verdacht auf häusliche Gewalt nach Berufsgruppen, Re-Befragung Fachkräfte Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010

5.2.2.3 Schwierigkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt anzusprechen

Aus der Liste von 11 vorgegebenen Aussagen wählten 34% als Hauptschwierigkeit fehlende Informationen, an wen Betroffene weiter verwiesen werden können (siehe Tabelle 17).

Welche Schwierigkeiten sehen Sie in Ihrer beruflichen Praxis, Patienten auf das Thema häusliche Gewalt anzusprechen?	Häufigkeit	Prozent (100%) N=753
Mir fehlen Informationen, an wen die Betroffenen weiter verwiesen werden können.	253	33,6%
Zeitmangel	247	32,8%
Ich vermute, dass die Patientin nicht angesprochen werden will.	240	31,9%
Es besteht die Gefahr, dass ich damit unvorhersehbare Folgen auslöse (z. B. Retraumatisierung).	237	31,5%
Ich bin nicht der richtige Ansprechpartner.	123	16,3%
Es gibt sprachliche Barrieren.	65	8,6%
Der mutmaßliche Täter ist auch bei mir in Behandlung.	55	7,3%
Ich befürchte rechtliche Konsequenzen.	55	7,3%
Ich habe Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Betroffenen.	46	6,1%
Ich fürchte um meine eigene Sicherheit und die meiner Mitarbeiter/Kollegen.	37	4,9%
Häusliche Gewalt ist eine Familienangelegenheit.	31	4,1%

Tabelle 17: Schwierigkeiten (Hauptaspekte) beim Ansprechen bei Verdacht auf häusliche Gewalt, sortiert nach Zahl der Nennungen, Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010

In Tabelle 18 sind die Antworten in Prozent nach Berufsgruppe zusammengestellt.

	Ärzte	Pflegepersonal	Hebammen	Psychologen
	328	289	14	84
Mir fehlen Informationen, an wen die Betroffenen weiter verwiesen werden können.	35,4%	32,5%	42,9%	16,7%
Ich bin nicht der richtige Ansprechpartner.	11,9%	21,1%	7,1%	2,4%
Häusliche Gewalt ist eine Familienangelegenheit.	4,6%	4,2%	14,3%	2,4%
Der mutmaßliche Täter ist auch bei mir in Behandlung.	12,2%	2,8%	21,4%	4,8%
Ich habe Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Betroffenen.	6,4%	5,2%	42,9%	4,8%
Ich vermute, dass die Patientin nicht angesprochen werden will.	27,7%	37,0%	42,9%	11,9%
Es besteht die Gefahr, dass ich damit unvorhersehbare Folgen auslöse (z. B. Retraumatisierung).	22,9%	38,8%	64,3%	19,0%
Zeitmangel	38,7%	34,6%	28,6%	2,4%
Ich befürchte rechtliche Konsequenzen.	6,1%	8,0%	7,1%	4,8%
Ich fürchte um meine eigene Sicherheit und die meiner Mitarbeiter/Kollegen.	5,2%	4,2%	7,1%	1,2%
Es gibt sprachliche Barrieren.	8,2%	9,7%	7,1%	6,0%

Tabelle 18: Schwierigkeiten (Hauptaspekte) beim Ansprechen bei Verdacht auf häusliche Gewalt nach Berufsgruppe, Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010

5.2.2.4 Zufriedenheit mit den Möglichkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen

Erneut waren nur sehr wenige der Antwortenden mit ihren Möglichkeiten, bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen, zufrieden; 69% der Antwortenden (n=473) waren „eher unzufrieden“ oder „sehr unzufrieden“. Lediglich 1,9% (N=13) waren dagegen „sehr zufrieden“, 26% (n=220) sind „eher zufrieden“ (siehe Abbildung 25).

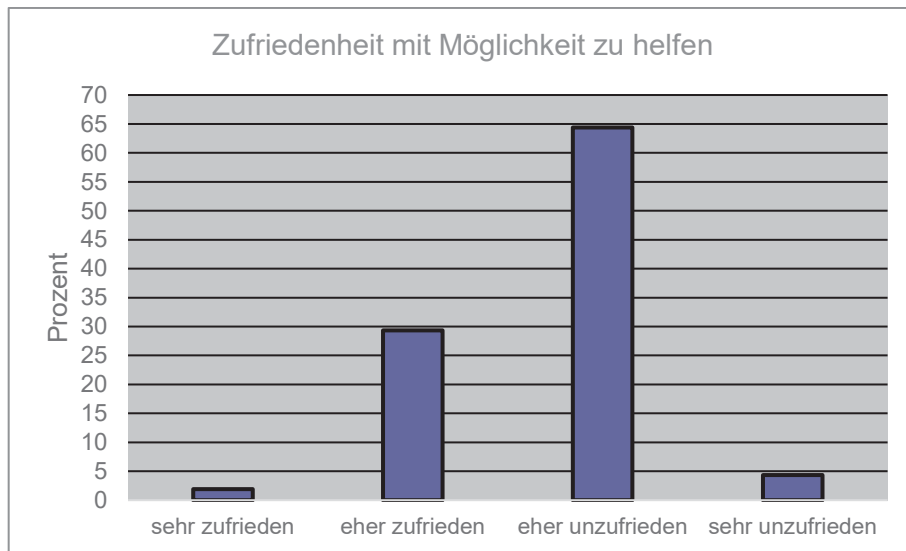


Abbildung 25: Zufriedenheit mit den Möglichkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen, Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010

72% (N=219) der befragten Ärztinnen und Ärzte, 75% (N=178) der Pflegekräfte und 83% (N=31) der Hebammen sind mit ihren Möglichkeiten eher oder sehr unzufrieden. 57% (N=47) der Psychologinnen und Psychologen gaben an, eher zufrieden mit ihren Möglichkeiten zu helfen zu sein, 5%, (N=4) sogar sehr zufrieden zu sein. Wieder schätzten sie ihre Möglichkeiten signifikant als besser ein ($p < .001$) als die anderen Berufsgruppen (siehe Abbildung 26).

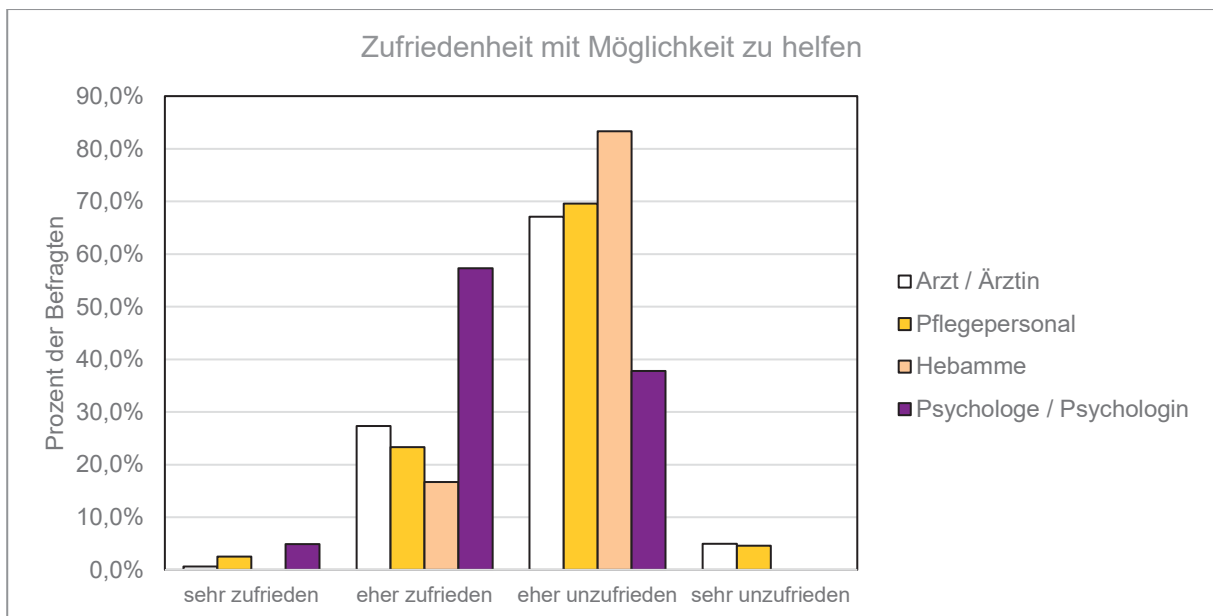


Abbildung 26: Zufriedenheit mit den Möglichkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen nach Berufsgruppe, Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010

5.2.3 Bekanntheit und Nutzung von Arbeitshilfen und Beratungsstellen

5.2.3.1 Bekanntheit und Nutzung von Arbeitshilfen zum Thema häusliche Gewalt

Der Sächsische Leitfaden zum Umgang mit häuslicher Gewalt der Landesärztekammer war 27,0% (N=174) der Antwortenden (N=645) bekannt, 17,3% (n=56) der Antwortenden gaben an, ihn zu nutzen.

29,0% der Antwortenden (N=178) kannten die Datenbank www.traumanetz-sachsen.de, davon gaben 19,2% (N=51) an, sie zu nutzen. 25,3% der Antwortenden (N=137) gaben an, Informationsmaterialien von Beratungsstellen etc. zum Thema häusliche Gewalt in ihren Praxisräumen auszulegen.

Tabelle 19 zeigt die Antworten nach Berufsgruppen: Der Sächsische Leitfaden zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt war den Ärztinnen und Ärzten am besten bekannt, etwa ein Drittel (34%) kannte den Leitfaden und etwa 12% nutzen ihn.

Den Sächsischen Leitfaden „Gewalt gegen Kinder / Misshandlung Minderjähriger“ kannten etwa 29% der Ärztinnen und Ärzte und 25% der anderen Berufsgruppenangehörigen. Die angegebene Nutzerquote lag bei 14%.

Die Datenbank www.traumanetz-sachsen.de ist unter Ärztinnen und Ärzten und Pflegekräften relativ unbekannt. Unter Psychologinnen und Psychologen dagegen ist sie (naturgemäß) relativ bekannt und wird auch genutzt.

Nur 21% der Ärztinnen und Ärzte nutzen die Möglichkeit, Informationsmaterial zum Thema auszulegen. Psychologinnen und Psychologen (50%) gaben an, diese Möglichkeit häufiger zu nutzen.

		Ärzte	Pflege	Hebammen	Psychologen
	gesamt	328	289	14	84
Sächsischer Ärzte-Leitfaden häusliche Gewalt	bekannt	34,8%	11,4%	7,1%	22,6%
	genutzt	11,6%	1,4%	7,1%	11,9%
Sächsischer Leitfaden Gewalt gegen Kinder	bekannt	28,7%	8,7%	7,1%	9,5%
	genutzt	6,7%	2,4%	0,0%	4,8%
www.traumanetz-sachsen.de	bekannt	20,4%	12,8%	28,6%	71,4%
	genutzt	5,8%	1,4%	0,0%	32,1%
Auslegen von Informationsmaterial		21,0%	6,9%	7,1%	50,0%

Tabelle 19: Bekanntheit und Nutzung von Informationsmöglichkeiten und Arbeitsmaterial beantwortet nach Berufsgruppen, Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010

5.2.3.2 Bekanntheit von Einrichtungen / Institutionen und Kontakt mit ihnen

Auch die Antwortenden der Re-Befragung sollten für mehrere in Dresden einschlägige Beratungsstellen/Institutionen angeben, ob sie ihnen bekannt sind, ob sie im vergangenen Jahr Kontakt mit ihnen hatten und wie zufrieden sie mit dem Kontakt waren.

Die verschiedenen Einrichtungen waren wieder sehr unterschiedlich gut bekannt. Das Frauenschutzhhaus und das Institut für Rechtsmedizin und der WEISSE RING waren sehr gut bekannt. Die Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle als spezialisierte Beratungsstelle bei häuslicher Gewalt war nur 12,9% der Befragten bekannt.

Die meisten Antwortenden gaben an, keinen Kontakt zu den angegebenen Stellen zu haben, lediglich der Kinder- und Jugendnotdienst, der Psychosoziale Krisendienst, das Institut für Rechtsmedizin und die Traumaambulanz würden etwas häufiger kontaktiert. Falls Kontakt besteht, so ist er in aller Regel zufriedenstellend.

Die detaillierte Verteilung kann Tabelle 20 entnommen werden.

	N	Prozent
D.I.K. (Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle)	102	12,9%
Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Dresden	529	67,1%
Traumaambulanz am Universitätsklinikum Dresden	439	55,7%
Kinderschutzbund Dresden	452	57,4%
A.U.S.W.E.G.	122	15,5%
Opferhilfe Sachsen e.V.	288	36,5%
WEISSER RING e.V.	506	64,2%
Psychosozialer Krisendienst der Landeshauptstadt Dresden	294	37,3%
Kinder- und Jugendnotdienst der Landeshauptstadt Dresden	455	57,7%
Frauenschutzhhaus Dresden	527	66,9%
Anonyme Zuflucht für Mädchen und junge Frauen Dresden	282	35,8%
Täterberatungsstelle „Escape“	76	9,6%
Sonstiges	11	1,4%

Tabelle 20: Bekanntheit von Einrichtungen/Institutionen zur Beratung und zum Schutz bei häuslicher Gewalt, Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010

5.2.3.3 Mittelwert bekannter Einrichtungen

Im Mittel kannten die Ärztinnen und Ärzte fünf Einrichtungen (Mw 5,1646, SD 1,61442), hatten aber im Schnitt nur zu einer Einrichtung Kontakt (Mw 1,0335, SD 0,86851). Ein vergleichbares Bild ergibt sich für Pflegekräfte und Hebammen. Psychologinnen und Psychologen kennen im Mittel 3,5 Einrichtungen (MW 3,5595, SD 1,39135) und gaben häufiger Kontakt mit diesen an (Mw 2,5238, SD 1,18086), dargestellt in Abbildung 27.

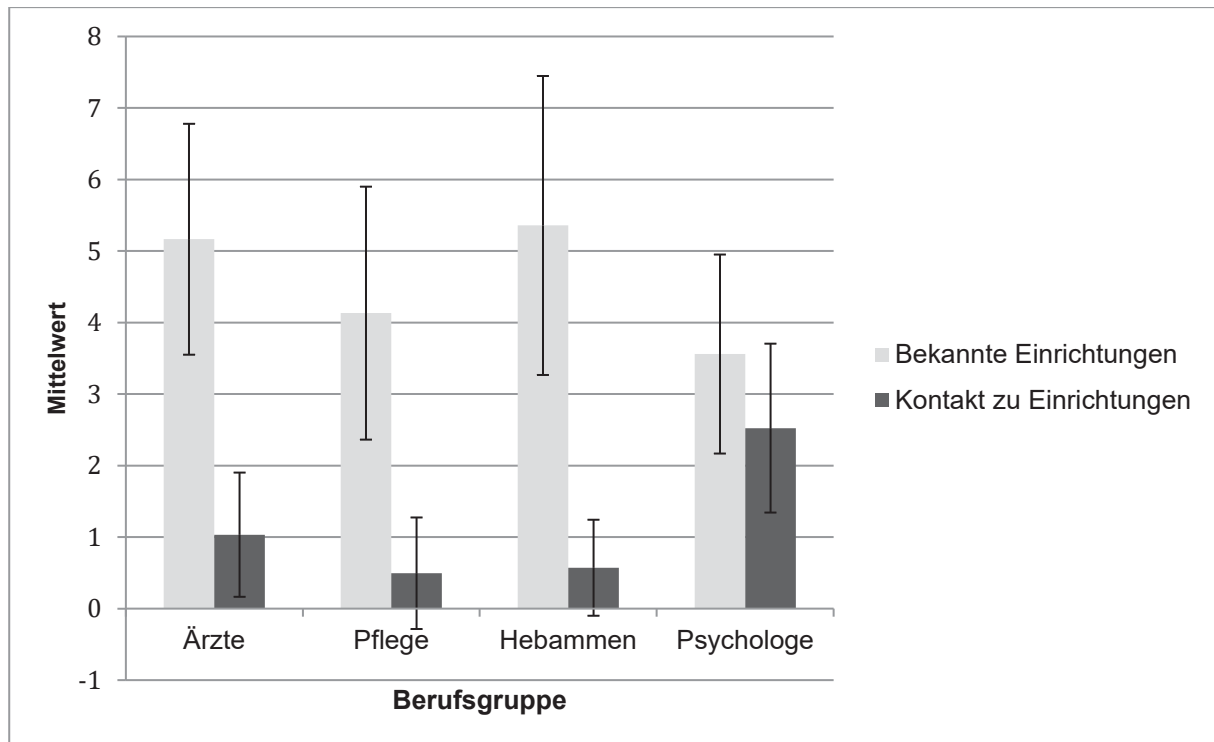


Abbildung 27: Mittelwert bekannter Einrichtungen zur Beratung und Schutz bei häuslicher Gewalt und Kontakt zu diesen in Abhängigkeit von der Berufsgruppe, Fehlerbalken als einfache Standardabweichung. Fachkräfte im Gesundheitswesen Re-Befragung Dresden-Chemnitz 2010

5.2.4 Einstellung zu Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt

Um zu beurteilen, ob die Zielgruppe (Dresdner medizinische Fachkräfte) erreicht wurde, wurden diejenigen Teilnehmer der Befragung (n=788) ausgewählt, die angegeben hatten, in Dresden tätig zu sein (n=620).

Hierbei ergab die Befragung,

- dass 53% von dem Modellprojekt „Hinsehen-Erkennen-Handeln“ gehört hatten,
- 13% die Homepage www.hinsehen-erkennen-handeln.de kannten,
- 22% an einer Schulung teilgenommen hatten.

Von den Dresdner Befragten, die angaben, an einer Schulung teilgenommen zu haben (=129), berichteten

- 94% mit der Veranstaltung zufrieden gewesen zu sein,
- 84%, dass sie das Gehörte in ihrer Arbeit anwenden könnten,
- 38%, dass sie den Ärzteleitfaden verwendeten,
- 38%, dass sie die durch das Modellprojekt verteilten Opferkärtchen auslegen würden,
- 33%, dass sie den Dokumentationsbogen verwenden würden.

Von den Dresdner Befragten, die angaben, nicht an einer Schulung teilgenommen zu haben (n=458), berichteten

- 67%, dass ihnen das Schulungsangebot nicht bekannt war
- 19%, dass sie das Thema häusliche Gewalt in ihrer Arbeit nicht betreffe
- 34%, dass ihnen die Zeit fehlte
- 10%, dass sie bereits Fortbildungen zu dem Thema absolviert hätten
- 3%, dass sie sich mit dem Thema nicht beschäftigen wollten

5.3 Ergebnisse Befragung von (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzten aus ganz Sachsen zur Wahrnehmung und zum Umgang mit dem Thema häusliche Gewalt in Sachsen im Jahr 2015

5.3.1 Informationsstand zum Thema häusliche Gewalt

5.3.1.1 Subjektive Informiertheit

Die Antwortenden (N=1346) schätzten ihren eigenen Informationsstand zum Thema häusliche Gewalt überwiegend als durchschnittlich ein. Auf die Aussage „Ich fühle mich gut über das Thema häusliche Gewalt informiert“ wurde mehrheitlich mit „neutral“ (486; 36,2%) geantwortet. Vergleichbar viele wichen um eine Stufe in jede Richtung davon ab, d.h. weitere 26,9% (361) stimmten der Aussage zu, 31,3% (420) stimmten der Aussage nicht zu. Zu extremeren Aussagen („stimme voll und ganz zu“ und „stimme gar nicht zu“) neigten nur wenige Teilnehmende (jeweils 40; 3,0% und 34; 2,5%). Der Mittelwert lag bei 3,03; die Standardabweichung bei 0,896 (siehe Abbildung 28).

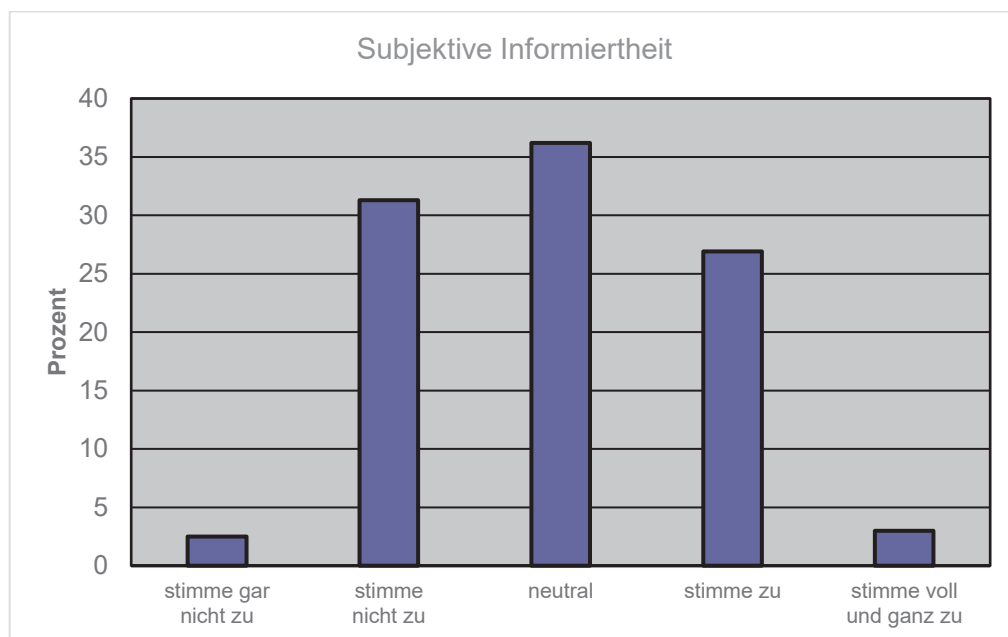


Abbildung 28: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Befragung (Zahn-) Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015

5.3.1.2 Geschätzter Anteil Betroffener nach Geschlecht

Für Frauen schätzten 97,3% der Antwortenden die Gewaltbetroffenheit in der Allgemeinbevölkerung höher als 2% ein, für Männer sahen das nur 71,9% so. 22% schätzten die Prävalenz von häuslicher Gewalt gegenüber Frauen mit 20-30% ein. Die Übersicht findet sich in Tabelle 21.

Durch Ärzte geschätzte Gewaltbetroffenheit in der Allgemeinbevölkerung		
	gegenüber Frauen	gegenüber Männern
Geschätzte Häufigkeit	körperlich u./o. sexuell	körperlich u./o. sexuell
<2%	36 (2,7%)	370 (28,1%)
2%-10%	443 (33,3%)	617 (46,8%)
10%-20%	464 (34,9%)	238 (18,1%)
20%-30%	287 (21,6%)	69 (5,2%)
>30%	100 (7,5%)	23 (1,7%)

Tabelle 21: Schätzungen zur Prävalenz häuslicher Gewalt gegen Erwachsene in der Allgemeinbevölkerung. Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015

5.3.2 Umgang mit Betroffenen von häuslicher Gewalt

5.3.2.1 Geschätzte Kontakthäufigkeit mit von Gewalt Betroffenen

Der Kontakt im letzten Jahr zu Patienten, die jemals häusliche Gewalt erlebt haben, wurde von der Mehrheit der Befragten als sehr gering eingeschätzt. 38,4% (N=515) gaben an, in ihrem Berufsalltag gar keinen Kontakt zu Betroffenen zu haben, 45,0% (N=604) schätzten die Kontakthäufigkeit auf unter 2%, 13,9% (N=186) auf 2% bis 10% bezogen auf die Gesamtzahl ihrer Patienten im letzten Jahr (siehe Abbildung 29).

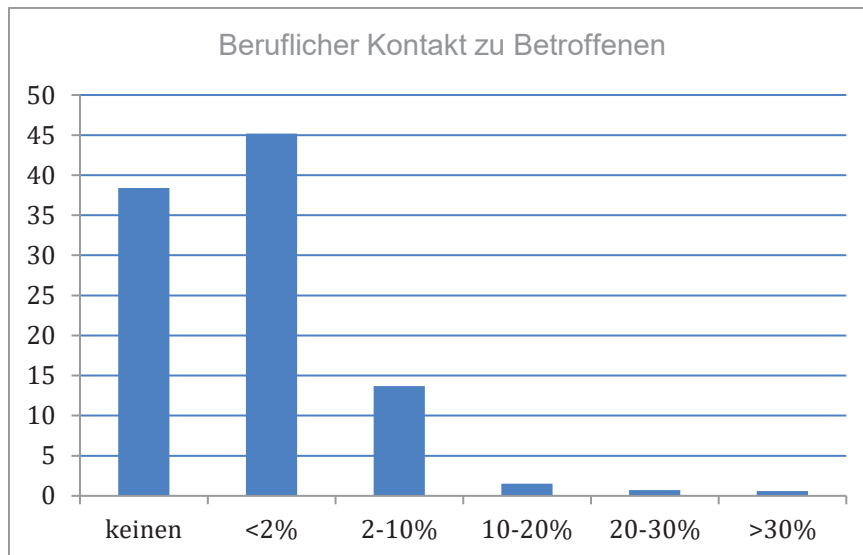


Abbildung 29: geschätzte Kontakthäufigkeit mit von häuslicher Gewalt Betroffenen. Befragung (Zahn-) Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015

5.3.2.2 Ansprechen bei Verdacht auf häusliche Gewalt

Auf die Frage, ob sie bei Verdacht auf häusliche Gewalt ihre Patientinnen und Patienten auf das Thema ansprechen, gaben die Antwortenden mehrheitlich an, immer (37%, N=476) oder oft (31%, N=394); das Gespräch zu suchen. Ein geringerer Anteil gab an, gelegentlich (18%, N=234) selten (11%, N=143) oder nie (3,2%, 41) das Thema anzusprechen (Abbildung 30).

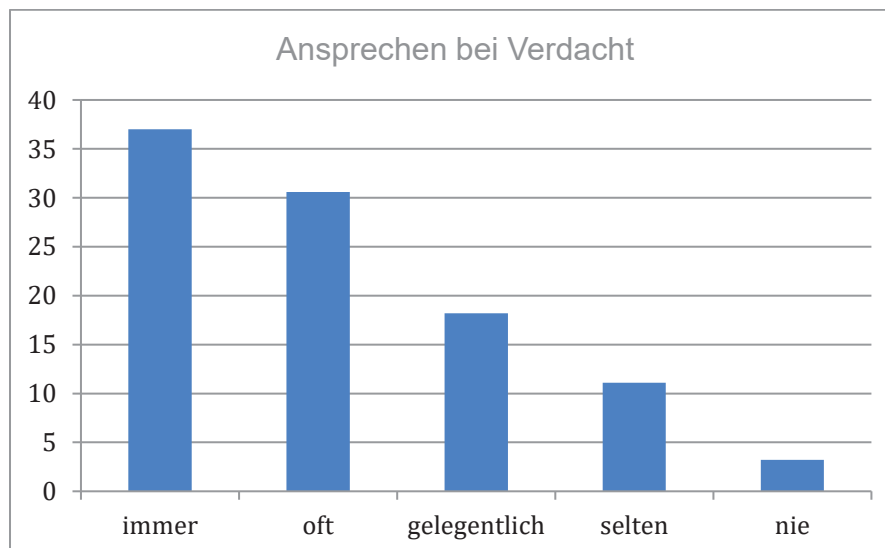


Abbildung 30: Häufigkeit des Ansprechens bei Verdacht auf häusliche Gewalt. Befragung (Zahn-) Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015

5.3.2.3 Schwierigkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt anzusprechen

Zu den möglichen Schwierigkeiten im Verdachtsfall von häuslicher Gewalt anzusprechen konnten die Befragten aus einer Liste mit 12 Aussagen auswählen. Hier wurde deutlich, dass die Hauptschwierigkeit in der Unkenntnis von Vermittlungsmöglichkeiten in das Hilfesystem liegt. Auch wurden rechtliche Unsicherheiten genannt und die Sorge, die Grenzen der Betroffenen zu überschreiten (Tabelle 22).

Aussage (Mehrfachauswahl möglich)	Häufigkeit	Prozent
Mir fehlen Informationen darüber, an welche Stellen ich den Patienten weiterleiten kann.	715	53,1
Ich bin unsicher bezüglich rechtlicher Regelungen (z. B. Gewaltschutzgesetz).	651	48,4
Ich bin besorgt, dass ich die Grenzen des Patienten überschreite.	454	33,7
Im beruflichen Alltag fehlt mir die Zeit, dieses Thema mit meinen Patienten zu besprechen.	441	32,8
Ich vermute, dass der Patient nicht angesprochen werden möchte.	382	28,4
Ich fühle mich unsicher im Umgang mit Patienten (z. B. hinsichtlich Gesprächsführung und Dokumentation).	362	27,0
Es besteht die Gefahr, damit unvorhersehbare Folgen auszulösen (z.B. Retraumatisierung).	273	20,3
Ich möchte mich nicht in Familienangelegenheiten einmischen.	184	13,7
Der mutmaßliche Täter ist auch bei mir in Behandlung.	138	10,3
Ich habe Zweifel an der Glaubhaftigkeit des Betroffenen.	124	9,2
Es gibt sprachliche Barrieren.	116	8,6
Ich fürchte um meine eigene Sicherheit und die meiner Mitarbeiter oder Kollegen.	72	5,4
Ich habe keine Schwierigkeiten, Patienten auf das Thema häusliche Gewalt anzusprechen	306	22,7

Tabelle 22: Schwierigkeiten im Umgang mit von häuslicher Gewalt betroffenen Patientinnen und Patienten (Mehrfachauswahl möglich). Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015

5.3.2.4 Zufriedenheit mit den Möglichkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen

Befragt nach einer zusammenfassenden Bewertung ihrer Möglichkeiten, Hilfe anzubieten oder zu vermitteln, zeigte sich die Mehrheit der Antwortenden eher unzufrieden. 0,4% (N=5) gaben an sehr zufrieden, 10,45 (N=128) zufrieden oder 23,4% (N=288) eher zufrieden zu sein, 43,9% (N=539) antworteten mit eher unzufrieden, 18,1% (N=222) mit unzufrieden oder 3,8% (N=47) sehr unzufrieden (siehe Abbildung 31).

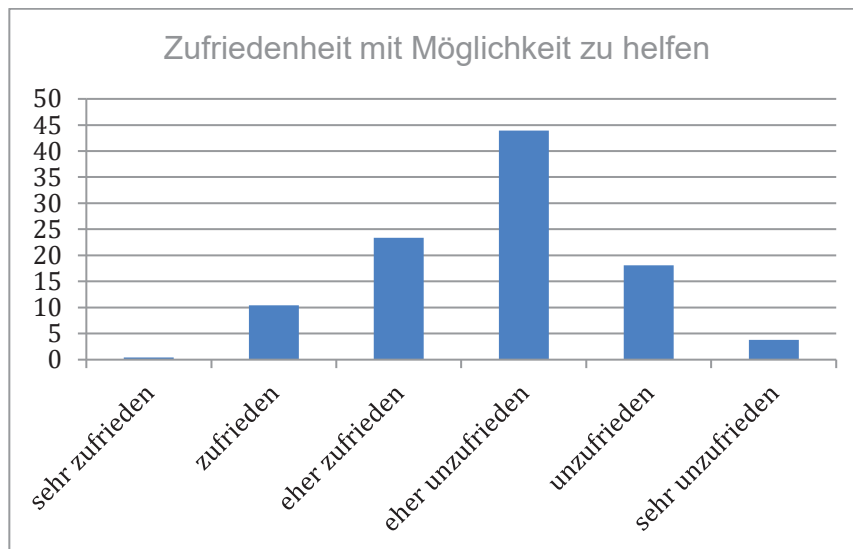


Abbildung 31: Zufriedenheit mit den Möglichkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen. Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015

5.3.3 Bekanntheit und Nutzung von Arbeitshilfen und Beratungsstellen

5.3.3.1 Erfahrungen mit Informationsangeboten und Kooperationen

In der Frage nach den speziellen Erfahrungen mit dem Hilfesystem für Betroffene von häuslicher Gewalt und der Zufriedenheit mit diesem wurden die größten Probleme in der Vermittelbarkeit in psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten, dem Fehlen von speziellen Veranstaltungsangeboten und Schulungsmöglichkeiten sowie bei rechtlichen Fragestellungen gesehen. Abbildung 32 stellt die einzelnen erfragten Aspekte der Erfahrungen mit dem Hilfesystem dar.

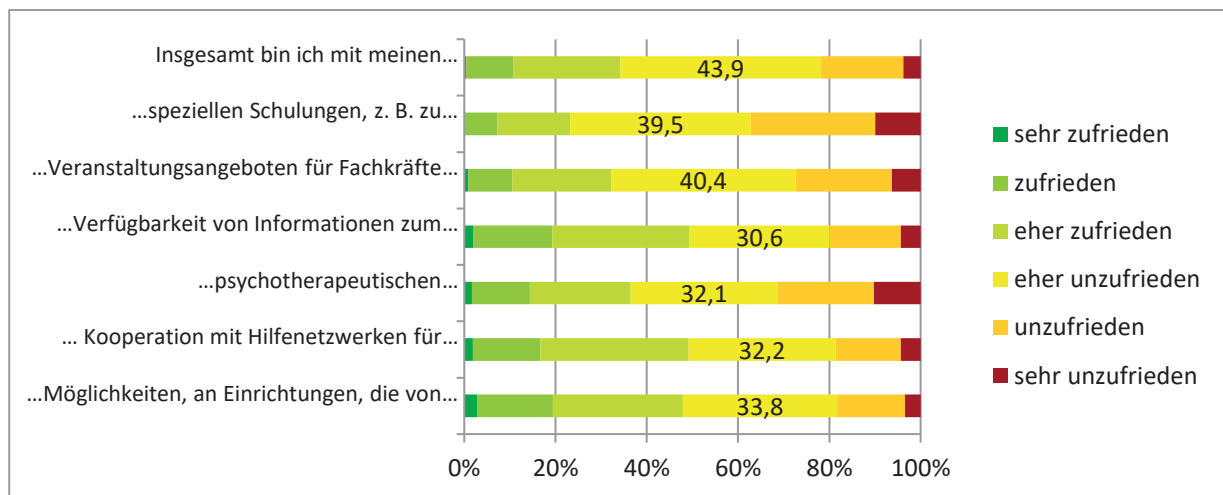


Abbildung 32: Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten im Hilfesystem häuslicher Gewalt. Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015

5.3.3.2 Kenntnisstand von Materialien und Informationshilfen

Viele der erfragten Arbeits- und Informationshilfen waren den Antwortenden nicht bekannt. Insbesondere die Leitlinie der WHO war nur 10% der Befragten bekannt. Zudem zeigt sich, dass eine Bekanntheit nicht zwangsläufig eine Nutzung dieser Informationshilfen nach sich zieht. Am bekanntesten war das bundesweite „Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen“ (45%) (www.hilfetelefon.de), für das dann nur noch 11% der Antwortenden angaben, es auch zu nutzen (Abbildung 33).

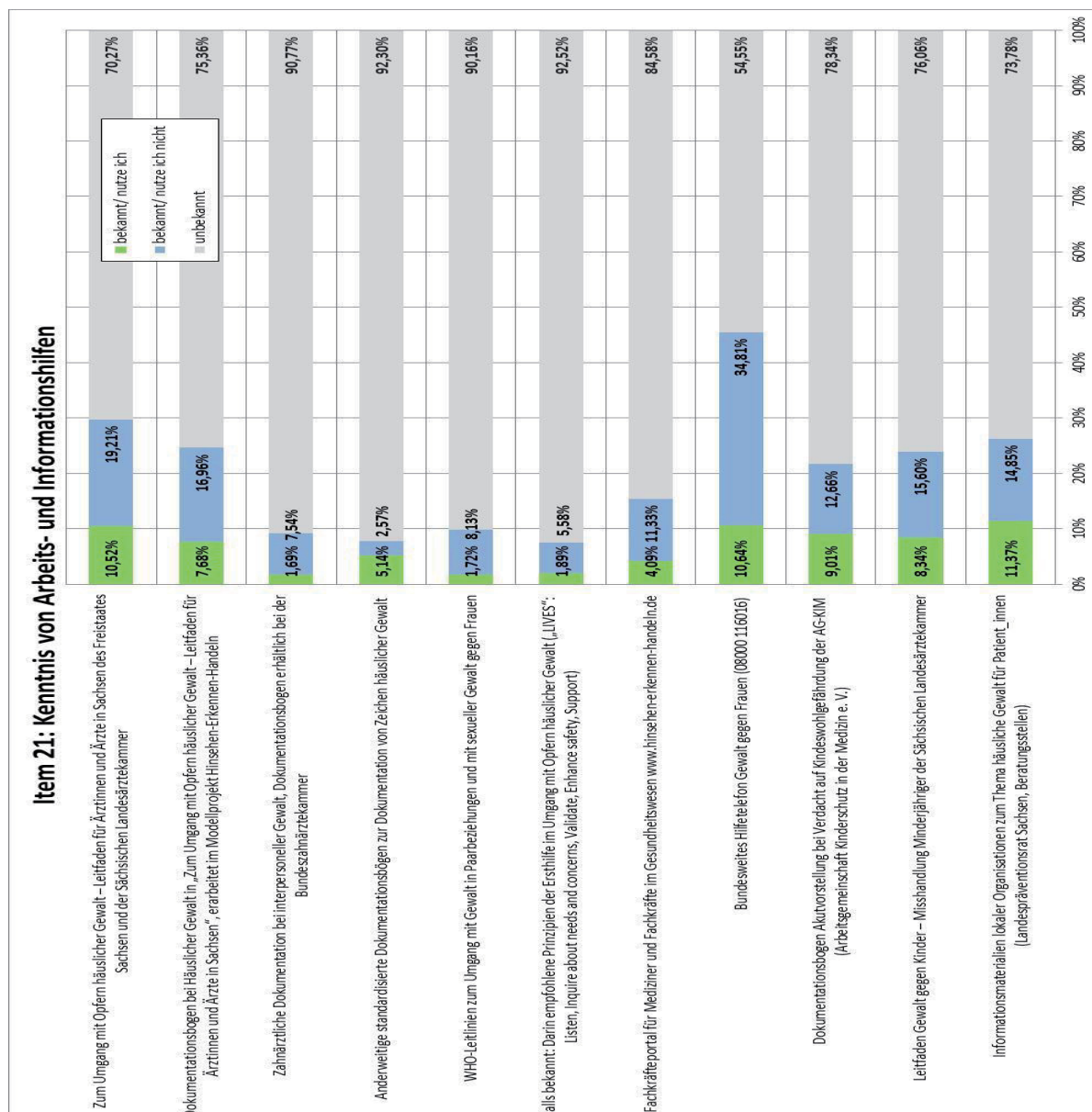


Abbildung 33: Bekanntheit und Nutzung von Arbeitsmaterialien und Informationshilfen zum Thema häusliche Gewalt. Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015

5.3.3.3 Bekanntheit von örtlichen Einrichtungen/Institutionen und Kontakt zu ihnen

Abgesehen von dem örtlichen Institut für Rechtsmedizin (Bekanntheit bei 68%, Nutzung durch 18%) und den Frauenschutzhäusern (Bekanntheit bei 61%, Nutzung durch 17%) waren die bestehenden spezialisierten Hilfeeinrichtungen für Gewaltbetroffene der Ärzteschaft recht gering bekannt. So kannten lediglich 31% der Befragten die regionalen spezialisierten Beratungsstellen - die Koordinierungs- und Interventionsstellen gegen häusliche Gewalt.

Kaum bekannt waren die regionalen Beratungsstellen für Täter (Bekanntheit bei 13%, Nutzung durch 2%) (Abbildung 34).

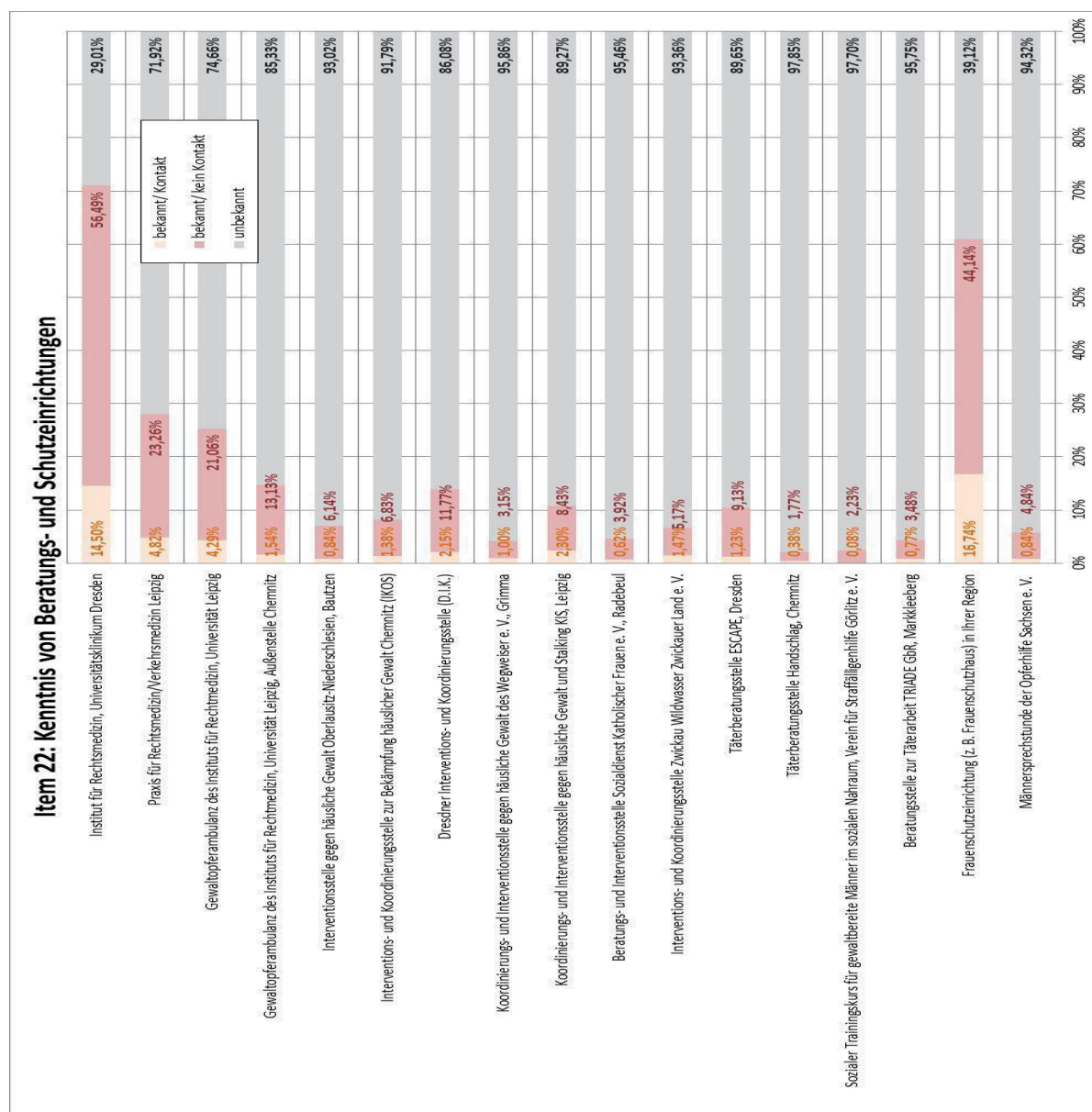


Abbildung 34: Bekanntheitsgrad und Nutzung von regionalen Beratungseinrichtungen im Einzelnen. Zugeordnet nach Postleitzahl. Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015

Abbildung 35 a und b stellen die Aspekte Zufriedenheit und Bekanntheitsgrad von Arbeitshilfen und Beratungsstellen noch einmal im Überblick und nach Anzahl der Antworten nebeneinander.

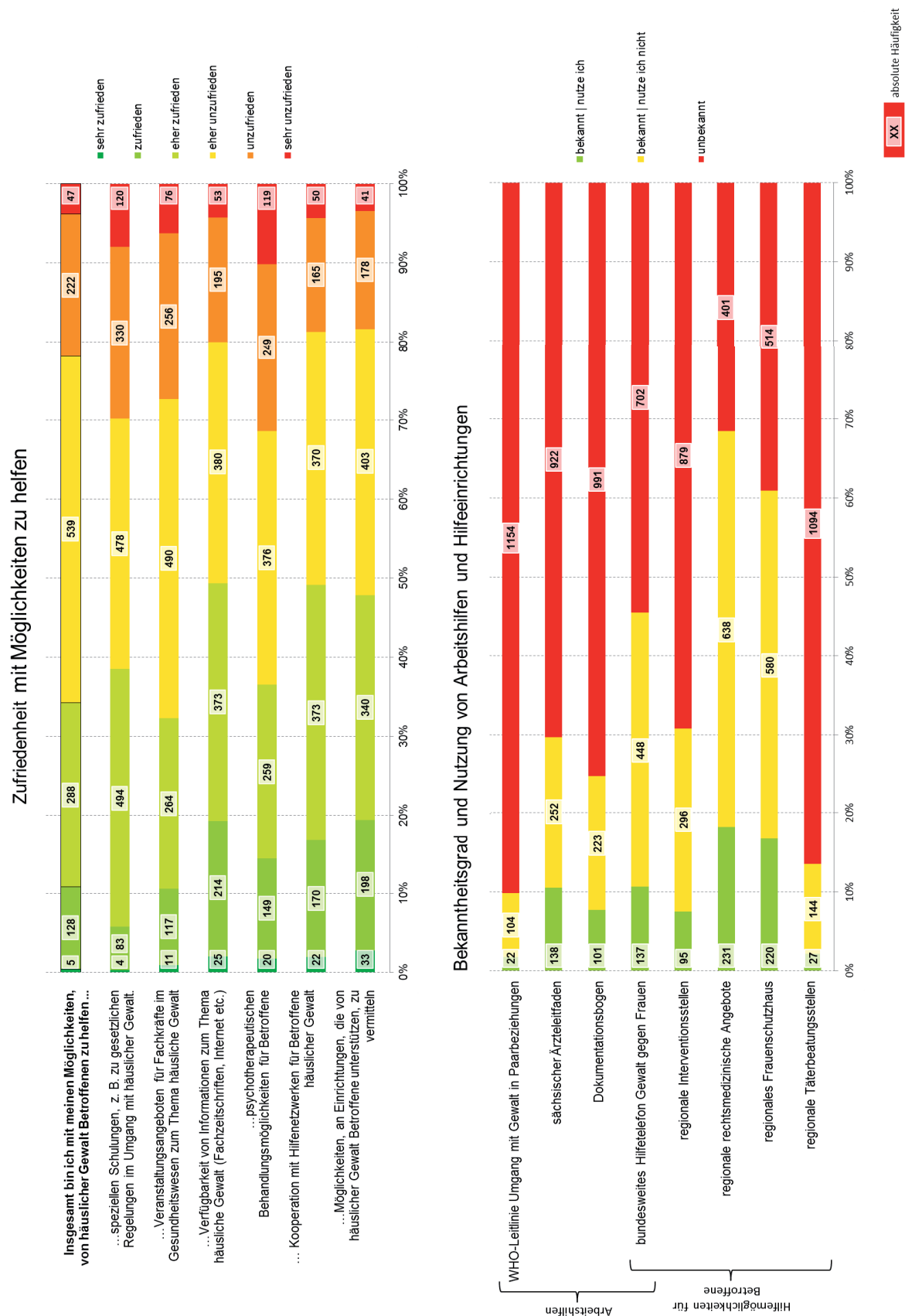


Abbildung 35: a) Zufriedenheit mit den Möglichkeiten zu helfen b) Bekanntheitsgrad und Nutzung von Arbeitshilfen und Hilfeeinrichtungen. Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015

5.3.4 Zusammenhänge innerhalb der Befragung 2015

Die Antwortenden, die mit ihren Möglichkeiten zu helfen zufrieden waren („eher zufrieden“ bis „sehr zufrieden“), kannten mehr Hilfeeinrichtungen als diejenigen, die damit unzufrieden waren („eher unzufrieden“ bis „sehr unzufrieden“) ($T[1231]=7,5$; $p<0,001$; $d=0,5$). Mehr Hilfeeinrichtungen kannten auch diejenigen, die sich gut informiert fühlten ($T[1321]=9,8$; $p<0,001$; $d=0,5$), diejenigen, die keine Unsicherheit im Umgang mit Betroffenen angaben ($T[1316]=3,8$; $p<0,001$; $d=0,2$) und diejenigen, die mehr beruflichen Kontakt mit Betroffenen angaben ($F[1336; 5]=17,7$; $p<0,001$; $\eta^2=0,06$; entspricht $d=0,5$) (Abbildung 36).

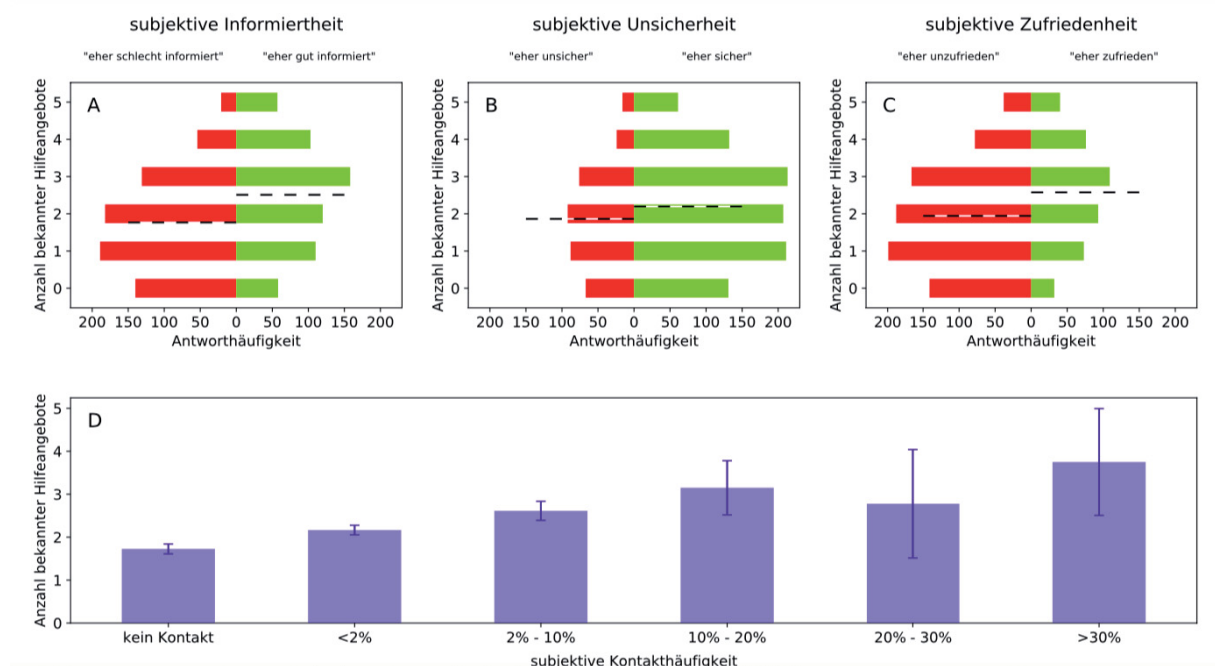


Abbildung 36: Zusammenhänge subjektive Informiertheit (A), Unsicherheit (B), Zufriedenheit (C) sowie angegebene Kontakthäufigkeit (D) mit Anzahl bekannter Hilfeangebote. Mittelwerte bekannter Hilfeangebote in der jeweiligen Gruppe sind als gestrichelte Linien dargestellt. *Befragung* (Zahn-) Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015

5.3.5 Einstellung zu Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt

Interesse an Fortbildungen zu haben, gaben 79% der Antwortenden an. Der bevorzugte zeitliche Rahmen wurde dabei mehrheitlich (von 38% der Antworten) mit bis zu zwei Stunden angegeben, 24% konnten sich eine Schulung von 2-4 Stunden, 10% eine ganztägige Schulung vorstellen.

Dies entspricht den Antworten der Ärztinnen und Ärzte in der Ausgangsbefragung von 2009.

Setzt man die Antworten auf die Frage zur subjektiven Informiertheit ins Verhältnis zu derjenigen Frage, ob in den letzten Jahren eine Veranstaltung zum Thema häusliche Gewalt besucht wurde (N=492), so findet sich signifikant ($p < .001$) bessere subjektive Informiertheit, unabhängig davon, ob eine Veranstaltung in den Jahren 2005-2010 (N=46) oder in den Jahren 2011-2015 (N=100) besucht wurde (paarweiser Vergleich siehe Abbildung 37).

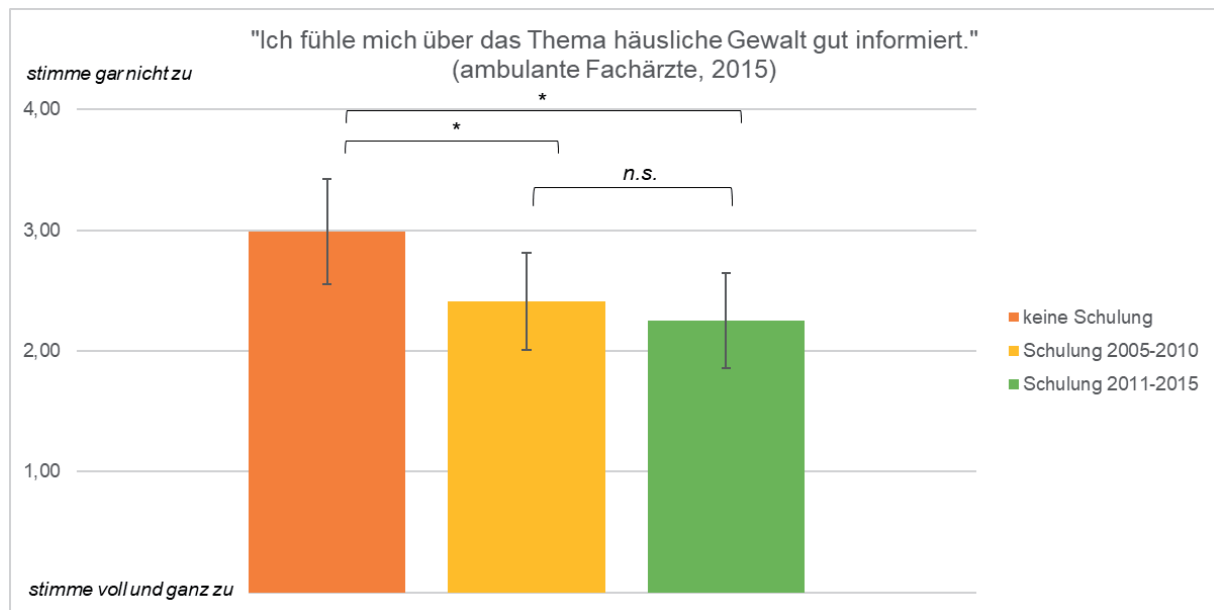


Abbildung 37: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt zu Besuch Veranstaltung zum Thema. Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015

5.3.6 Der Dokumentationsbogen bei häuslicher Gewalt

Mit der Befragung wurde auch der im Projekt HEH entwickelte Dokumentationsbogen verschickt und um Bewertung gebeten.

Drei der vier Items zum Dokumentationsbogen erhielten eine hohe positive Bewertung. Die Teilnehmer beantworteten die Frage „Der Dokumentationsbogen ist gut verständlich“ („stimme voll und ganz zu“: 57,7% und „stimme eher zu“: 41,1%), die Frage „Der Dokumentationsbogen deckt die wesentlichen Aspekte, die bei der Dokumentation häuslicher Gewalt beachtet werden sollten“ („stimme voll und ganz zu“: 43,6% und „stimme eher zu“: 53,6%) sowie die Frage „Der Dokumentationsbogen erleichtert die systematische Erfassung von Zeichen häuslicher Gewalt“ („stimme voll und ganz zu“: 57,3% und „stimme eher zu“: 41,0%).

Dem Item „*Der zeitliche Umfang, der zum Ausfüllen des Dokumentationsbogens benötigt wird, ist in meinen beruflichen Alltag integrierbar.*“ wurde nicht durchweg zugestimmt: „stimme eher zu“ (48,6%) und „stimme voll und ganz zu“ (31,4%), aber auch „stimme eher nicht zu“ (15,3%).

In einem freien Textteil wurde der Fragebogen unter anderem mit viel Zuspruch quittiert. Es gab dort aber auch viele Hinweise zur Verbesserung (Auswahl):

- Ergänzung eines Zahnschemas
- Erweiterung des abgebildeten Körperschemas um weibliche als auch männliche Genitalien, um dort Verweise vorzunehmen und Anmerkungen zur Fotodokumentation, auch für spätere eventuelle Verwendung vor Gericht
- Möglichkeit der umfassenderen Erfassung von Aspekten zu seelischer Gewalt / emotionaler Vernachlässigung auf dem Dokumentationsbogen
- Erfassung psychosozialer Co-Faktoren, wie Berufsanamnese, Religion, Einkommen, Wohnraum und -umfeld, Herkunftsfamilien, Trennungskind, Zeugen, größere Differenzierung Bezugsperson-Täter, z.B. verwandt/bekannt/unbekannt, Dauer der Beziehung, fortgesetzte/einmalige Gewalt
- Erfassung, ob die Polizei benachrichtigt wurde
- Möglichkeit einer Ganzkörperuntersuchung auch für Zahnärztinnen und -ärzte
- Verweise auf Blutentnahme, Urinprobe, Abstriche, Alkohol / Drogenbefund, Medikamente, Schwangerschaft
- Insgesamt mehr Platz zum Schreiben (Anamnese) und mehr Zeit zur Ausfüllung des Bogens, Platz für eingeleitete medizinische Schritte bzw. therapeutische Maßnahmen
- Links von Hilfeeinrichtungen auf den Dokumentationsbogen mit aufdrucken

5.4 Befragungsergebnisse im Vergleich

Für einzelne Fragen wurden die Unterschiede in den Antworten zusätzlich für niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte nach Ort und bezüglich Teilnahme an einer Veranstaltung (Training) ins Verhältnis gesetzt sowie die Unterschiede zwischen den Untersuchungen berechnet.

5.4.1 Vergleiche Dresden – Chemnitz

5.4.1.1 Subjektive Informiertheit im Vergleich Dresden-Chemnitz

Vergleich niedergelassenen Ärzte Dresden vs niedergelassene Ärzte Chemnitz Befragung 2009:

Für die Dresdner niedergelassenen Ärzte (N=316) lag der Mittelwert der Antworten in der Befragung 2009 bei 3,66 bzw. 3,69 für die Chemnitzer (N=134) und entspricht damit auch nahezu der Skalenmitte. Die Standardabweichungen betrug 1,241 für Dresdner und 1,158 für die Chemnitzer. Die Verteilungen der Antworten entsprechen nach Kolmogorov-Smirnoff-Anpassungstest einer Normalverteilung (siehe auch Abbildung 38).

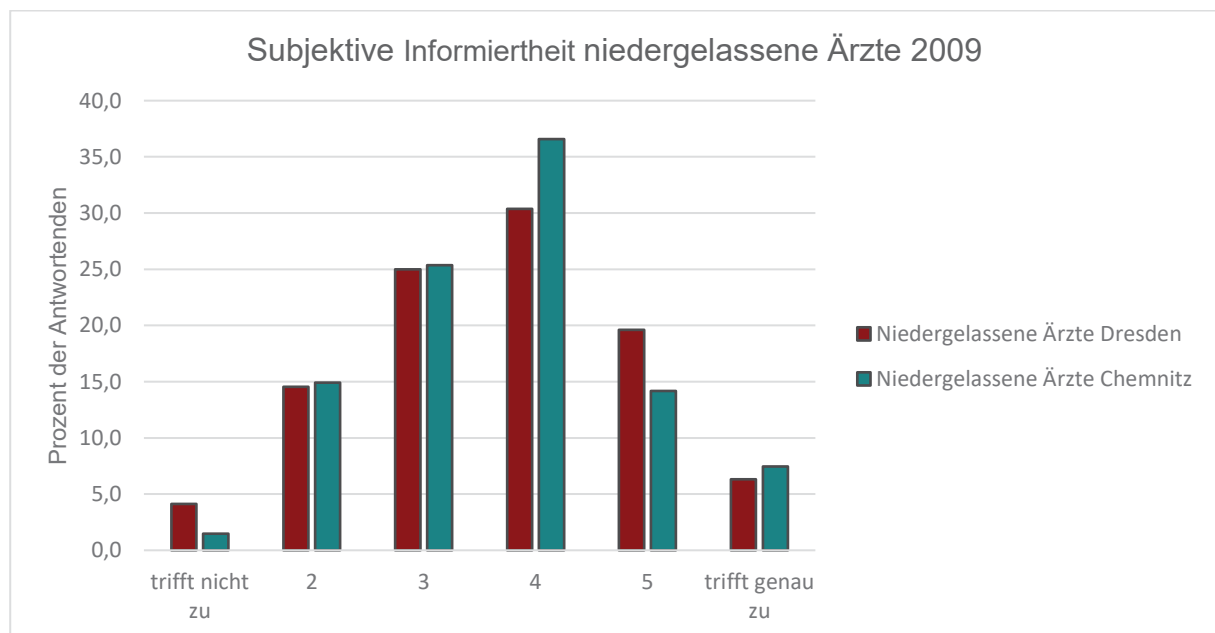


Abbildung 38: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Vergleich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Dresden vs niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Chemnitz. Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen 2009

Bezüglich der subjektiven Informiertheit unterschieden sich in der Befragung 2009 die Antworten der Dresdner niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nicht ($p>.05$) von denen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Chemnitz (siehe Abbildung 39).

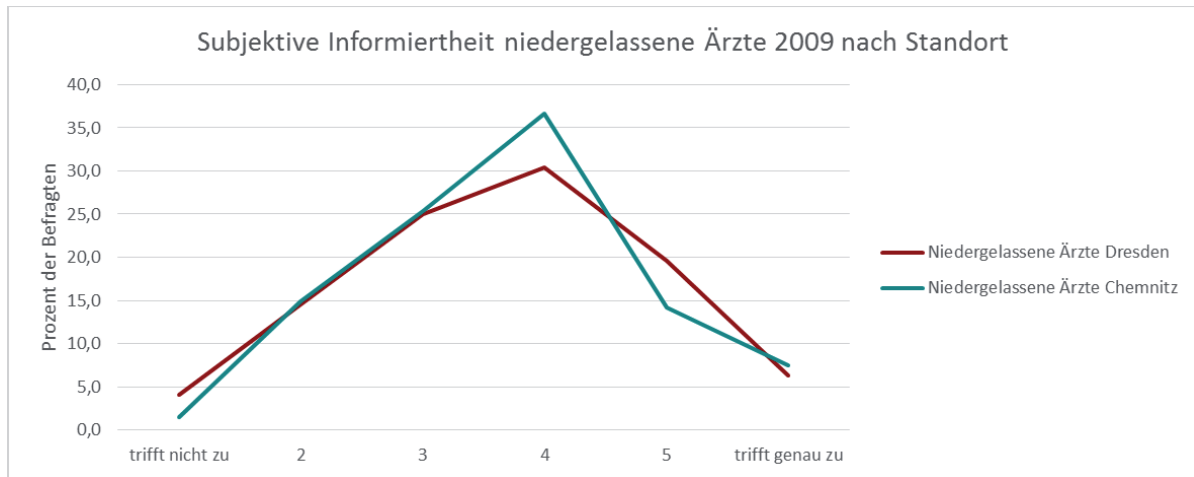


Abbildung 39: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Vergleich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Dresden vs niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Chemnitz. Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen 2009.

Vergleich niedergelassenen Ärzte Dresden vs niedergelassene Ärzte Chemnitz Re-Befragung 2010:

In der Re-Befragung im Jahr 2010 lag der Mittelwert der Antworten für die Dresdner niedergelassenen Ärzte (N=201) bei 4,00 bzw. 3,49 für die Chemnitzer (N=72). Die Standardabweichung betrug 1,173 (Dresden) und 1,113 (Chemnitz) (siehe auch Abbildung 40).

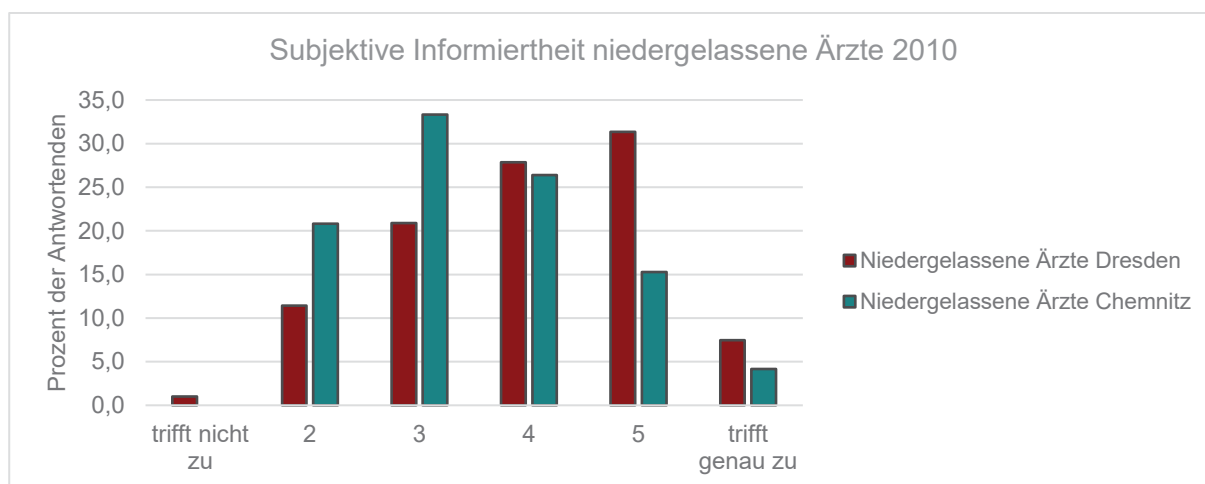


Abbildung 40: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Vergleich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Dresden vs niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Chemnitz. Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen 2010

Nach einem Jahr Sensibilisierung und Schulungen durch das Projekt Hinsehen-Erkennen-Handeln unterschieden sich somit die Angaben zur subjektiven Informiertheit in Dresden signifikant ($p=.002$) von denen der antwortenden Ärztinnen und Ärzte in Chemnitz wie Abbildung 41 veranschaulicht.

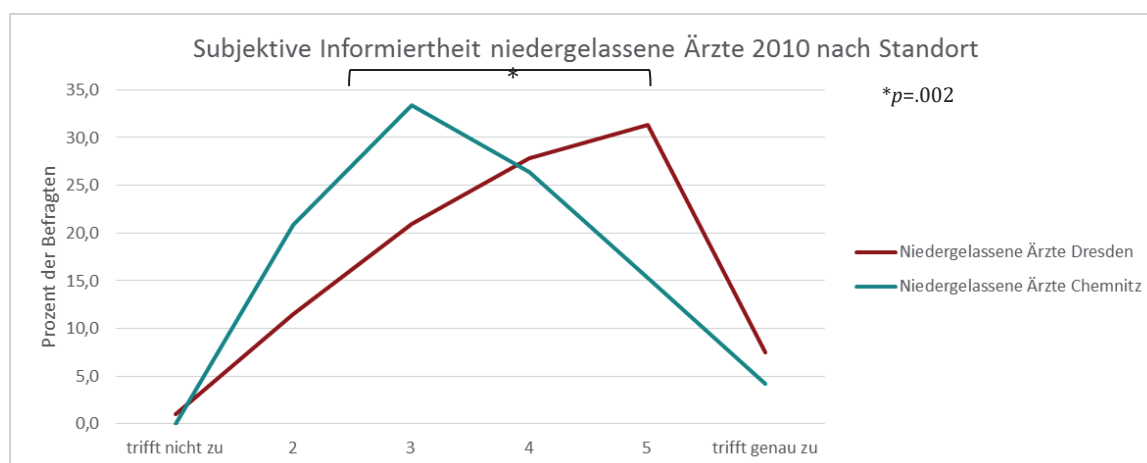


Abbildung 41: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Vergleich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Dresden vs niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Chemnitz. Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen 2010

Vergleich ambulant arbeitende Fachärzte Dresden vs ambulant arbeitende Fachärzte Chemnitz Befragung 2015:

In der Befragung der sächsischen (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte im Jahr 2015 unterschieden sich die Antworten zur subjektiven Informiertheit bei ambulant arbeitenden Fachärztinnen und Fachärzte des Standortes Dresden (N=182; Mw=2,84; SD= 0,930) nicht signifikant ($p>.05$) von denen der Chemnitzer (N=79; Mw=2,92; SD=0,797) (Abbildung 42).

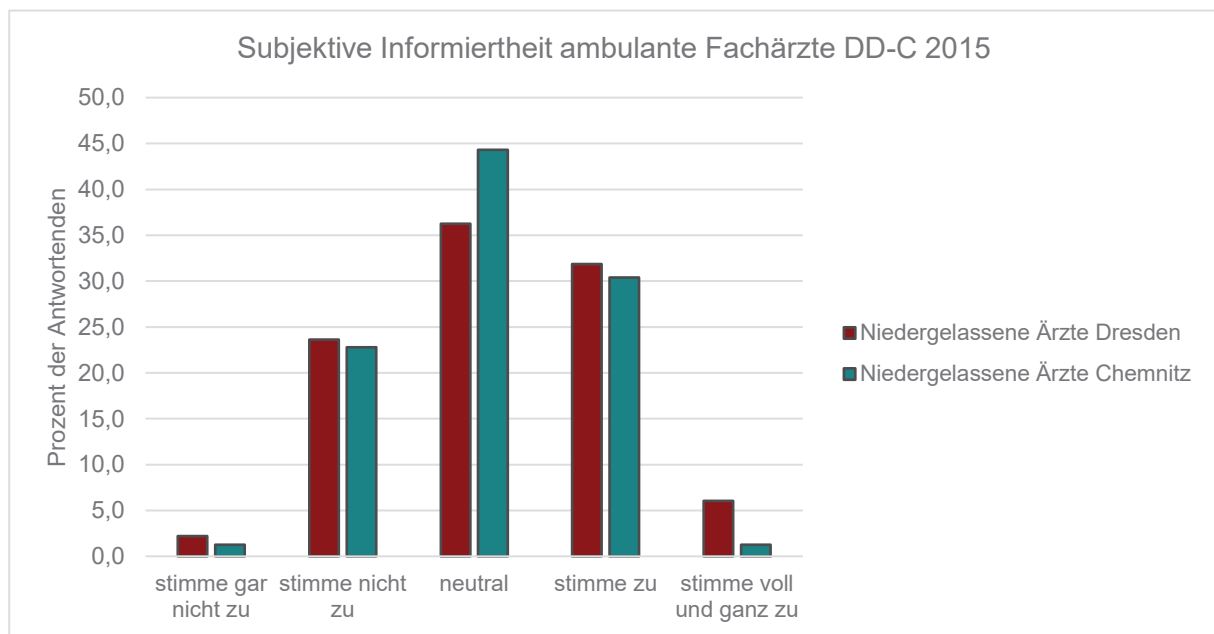


Abbildung 42: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Vergleich ambulant tätige Fachärztinnen und -ärzte aus Dresden vs ambulant tätige Fachärztinnen und -ärzte aus Chemnitz. Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015

Die Einschätzung zur subjektiven Informiertheit unterschied sich in der Befragung aller sächsischen Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2015 zwischen den Standorten Dresden und Chemnitz nicht mehr ($p>.05$). Die Verteilung ähnelt erneut derjenigen der Befragung von 2009 (siehe Abbildung 43).

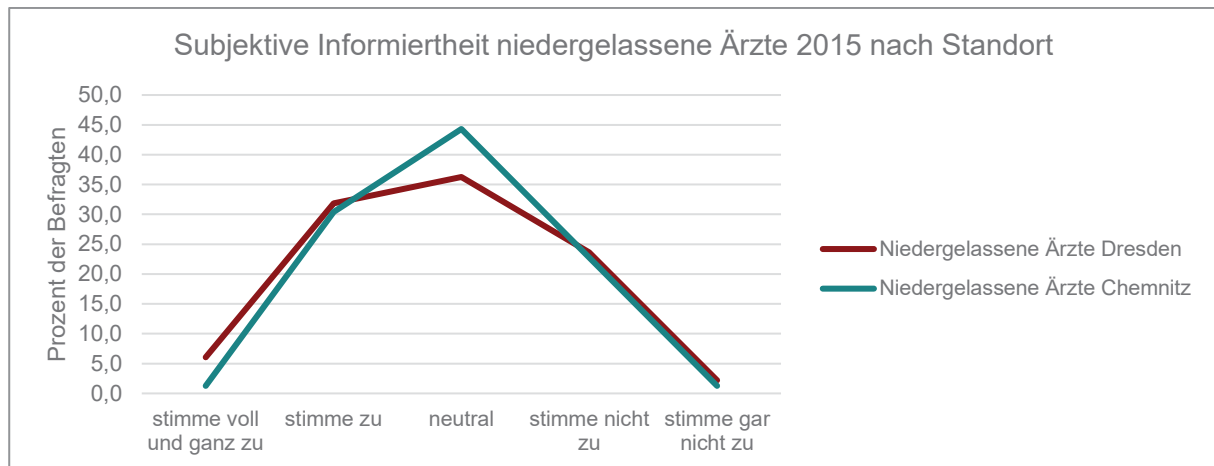


Abbildung 43: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Vergleich ambulant tätige Fachärztinnen und -ärzte aus Dresden vs ambulant tätige Fachärztinnen und -ärzte aus Chemnitz. Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015

5.4.1.2 Zufriedenheit mit den Möglichkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen

Für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Dresden (N=305) und diejenigen in Chemnitz (N=136) sah das Ergebnis vergleichbar aus. Die mittleren Ränge (Wilcoxon-Mann-Whitney-U-Test) unterschieden sich *nicht signifikant* voneinander ($p > .05$). In Dresden antwortete niemand, in Chemnitz 2,2% (N=3) sehr zufrieden zu sein, 25,2% (N=77) gaben in Dresden an eher zufrieden (Chemnitz 23,5%; N=32), 69% (N=213) eher unzufrieden (Chemnitz 70,6%; N=96) und 4,9% (N=15) sehr unzufrieden (Chemnitz 3,7%; N=5) zu sein (siehe Abbildung 44).

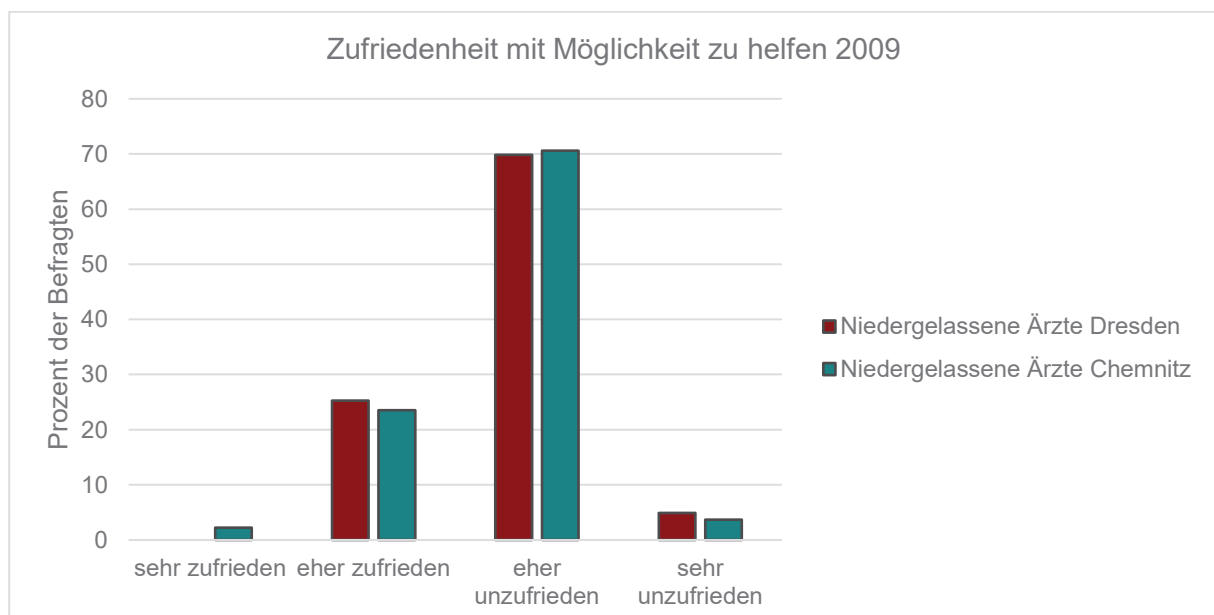


Abbildung 44: Zufriedenheit mit Möglichkeit bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Vergleich Dresden-Chemnitz. Befragung 2009

In der Re-Befragung 2010 *unterschieden* sich für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Dresden (N=196) und in Chemnitz (N=74) die mittleren Ränge (Wilcoxon-Mann-Whitney-U-Test) *signifikant* voneinander ($p=.015$). In Dresden antwortete 1,5% (N=3), in Chemnitz 4,1% (N=3) sehr zufrieden zu sein, 44,9% (N=88) gaben in Dresden an eher zufrieden (Chemnitz 23,0%; N=17) 51,0% (N=100) eher unzufrieden (Chemnitz 71,6%; N=53) und 2,6% (N=5) sehr unzufrieden (Chemnitz 1,4%; N=1) zu sein (siehe Abbildung 45)

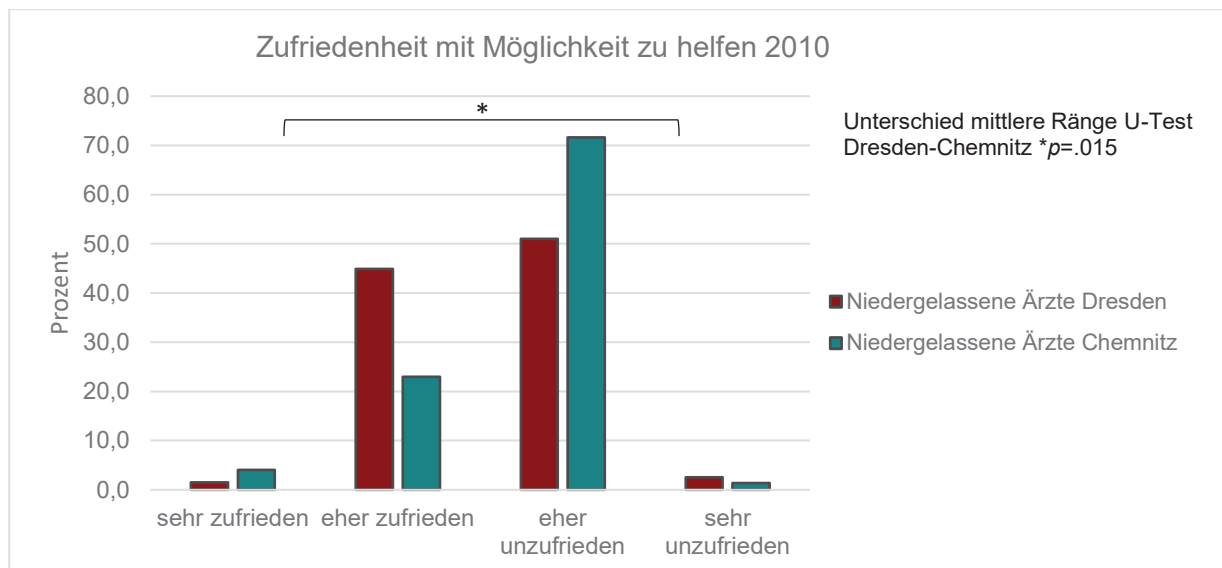


Abbildung 45: Zufriedenheit mit Möglichkeit bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Unterschied Dresden-Chemnitz signifikant ($p=.015$). Re-Befragung 2010,

In der Befragung von (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzten in Sachsen im Jahr 2015 bezüglich der Frage, wie zufrieden sie mit ihren Möglichkeiten zu helfen waren, unterschieden sich die ambulant arbeitenden Fachärztinnen und Fachärzte in Dresden (N=164) und diejenigen in Chemnitz (N=72) wie in der Befragung von 2009 *nicht* voneinander ($p>.05$). Der Mittelwert der Antworten betrug für Dresden 3,52 (SD=1,065) und für Chemnitz 3,63 (SD=0,985) (siehe Abbildung 46).

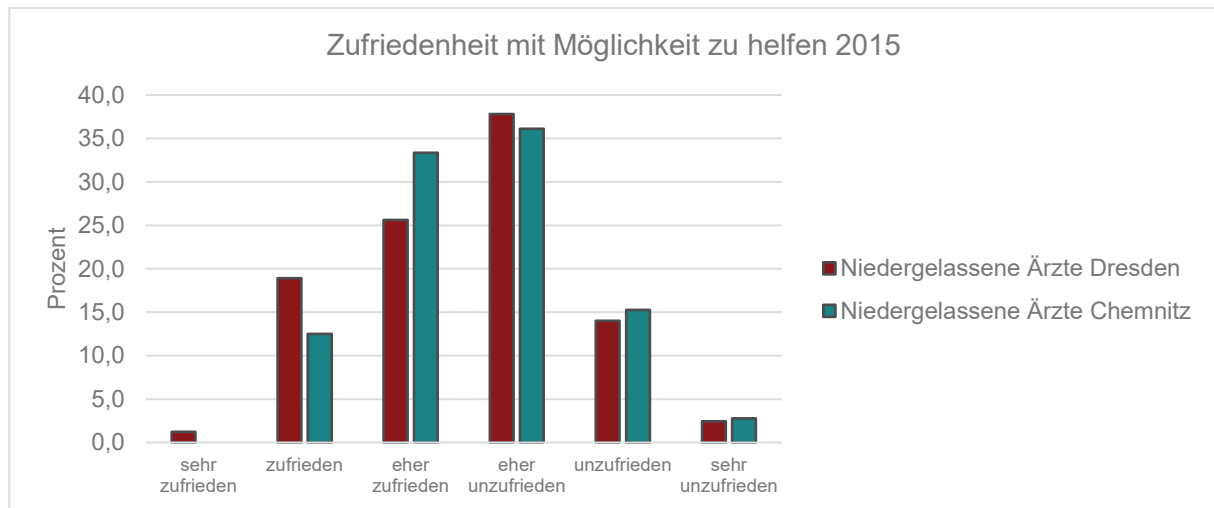


Abbildung 46: Zufriedenheit mit den Möglichkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen. Ambulant arbeitende Fachärztinnen und Fachärzte nur Bezirke Dresden und Chemnitz. Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015

5.4.2 Vergleiche der Befragungsergebnisse 2009 und Re-Befragung 2010

5.4.2.1 Ergebnisse zu subjektiver Informiertheit

Zur Evaluation des Projektes HEH wurden die Antworten derjenigen, die in der Befragung 2010 angegeben hatten an einer Veranstaltung des Projektes (Training) teilgenommen zu haben ins Verhältnis gesetzt mit denjenigen, die dies verneint hatten (untrainiert). Dresdner Trainingsteilnehmende (alle Berufe), die das Item subjektive Informiertheit beantwortet hatten (N=127; Mw=4,35; SD=1,237) fühlten sich in der Re-Befragung 2010 zum Thema häusliche Gewalt signifikant ($p<.001$) besser informiert als diejenigen, die angegeben haben, an keiner Veranstaltung teilgenommen zu haben (N=522; Mw=3,57; SD=1,231). Abbildung 47 zeigt dies im zusätzlichen Vergleich mit den Antworten von 2009 (N=1074; Mw=3,59; SD=1,266).

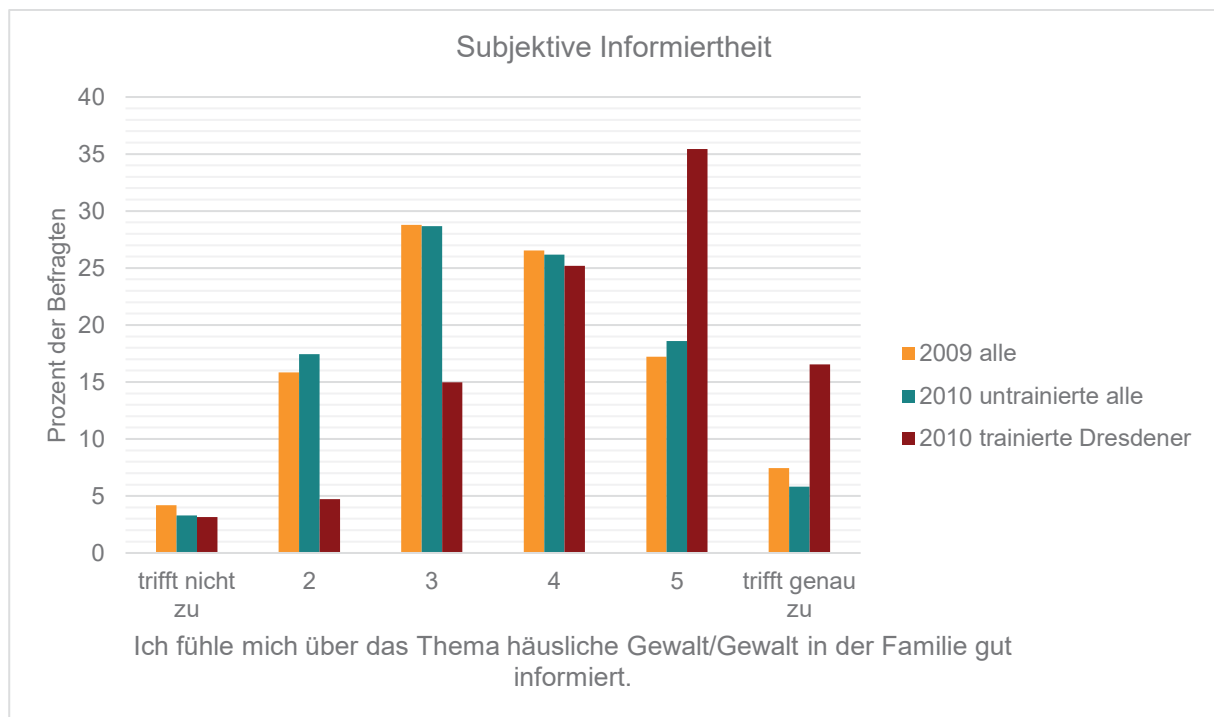


Abbildung 47: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Vergleich trainierte Fachkräfte im Gesundheitswesen (Veranstaltung HEH besucht) Dresden vs Befragung 2009 vs Untrainierte in der Re-Befragung 2010.

Vergleich Re-Befragung 2010 trainierte Dresdner vs untrainierte Dresdner:

Sensibilisierungsmaßnahmen und Fortbildungsveranstaltungen zu häuslicher Gewalt haben nur in Dresden stattgefunden, daher wurden zusätzlich nur die Antworten für Dresden Re-Befragung 2010 bezüglich Teilnahme an einer Veranstaltung (Training) versus keine Veranstaltungsteilnahme (untrainiert) ins Verhältnis gesetzt. Dresdner Trainingsteilnehmende (alle Berufe), die das Item subjektive Informiertheit beantwortet haben ($N=127$; $Mw=4,35$; $SD=1,237$) fühlten sich in der Re-Befragung 2010 zum Thema häusliche Gewalt signifikant ($p<.001$) besser informiert als diejenigen, die angegeben haben, an keiner Veranstaltung teilgenommen zu haben (Dresden $N=455$; $Mw=3,58$; $SD=1,241$), wie Abbildung 48 zeigt. Die Verbesserung durch das Training weist eine mittlere Effektstärke von $d=0,59268$ auf.

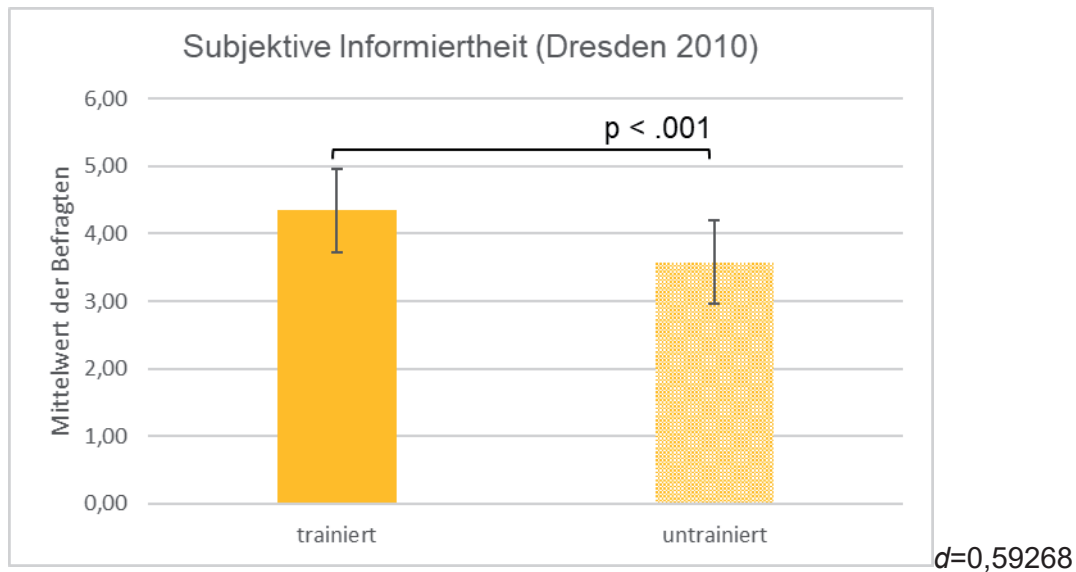


Abbildung 48: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Signifikanz und Effektstärke im Vergleich Antwort trainierte (Veranstaltung HEH besucht) Dresdner vs untrainierte Dresdner (alle Berufe) Fachkräfte im Gesundheitswesen. Re-Befragung Dresden 2010

Vergleich Re-Befragung 2010 Untrainierte (alle Berufe, beide Orte) vs Befragung 2009:

Die Antworten zu subjektiver Informiertheit derjenigen, die in der Re-Befragung 2010 angegeben hatten, an keiner Schulung durch das Modellprojekt teilgenommen zu haben ($N=516$; $Mw=3,57$; $SD=1,231$), unterschieden sich nicht ($p>.05$) von den Antworten aus der Befragung 2009 ($N=1074$; $Mw=3,59$; $SD=1,266$) wie Abbildung 49 zeigt.

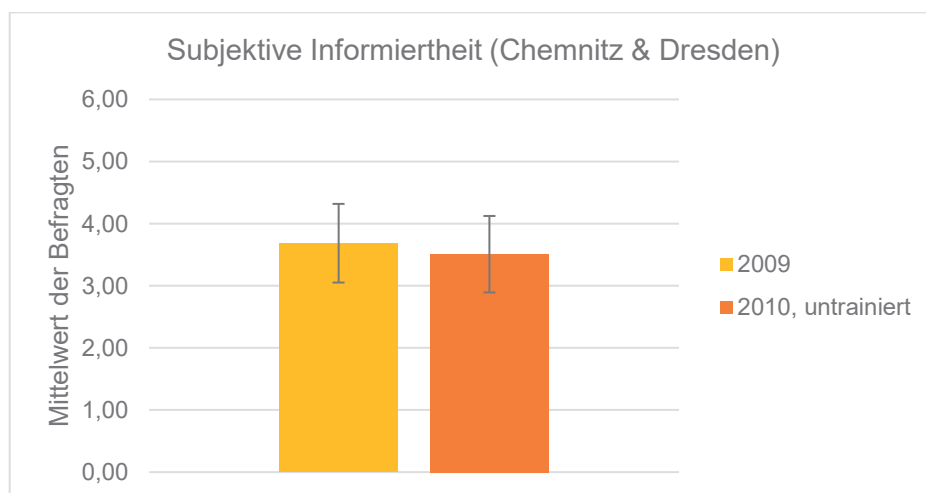


Abbildung 49: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Vergleich Antwort untrainierte (keine Veranstaltung HEH besucht) Fachkräfte im Gesundheitswesen Re-Befragung Dresden-Chemnitz 2010 vs Antworten Befragung Dresden-Chemnitz 2009

Vergleich nur untrainierte Dresdner von Re-Befragung 2010 vs Dresdner Befragung 2009:

Der Jahresunterschied zum Item subjektive Informiertheit hatte auch in den Antworten Untrainierter nur aus Dresden (N=455; Mw=3,58; SD=1,241) keinen Effekt ($p>.05$) im Vergleich zu den Antworten zu diesem Item von Dresdnern aus der Befragung 2009 (N=931; Mw 3,58; SD 1,280). (Abbildung 50)

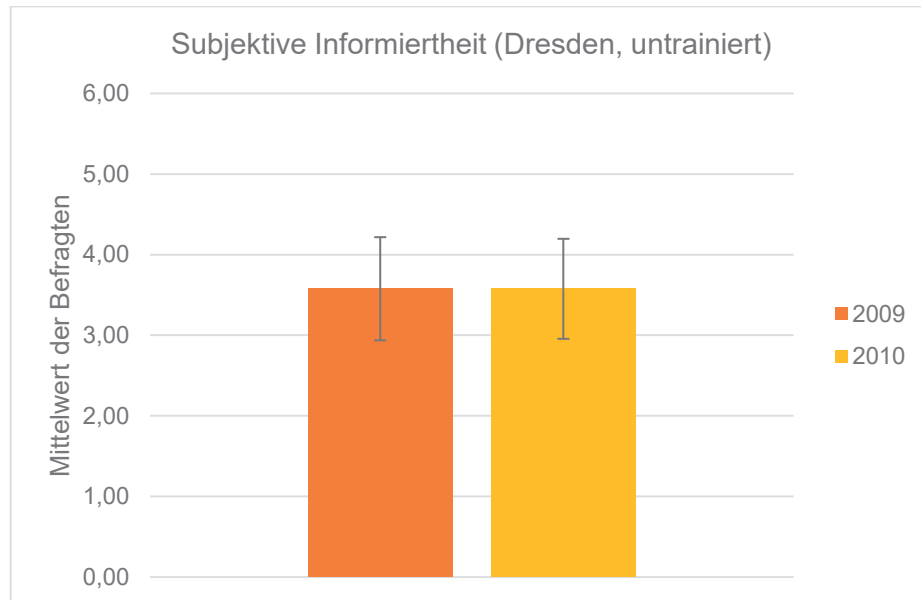


Abbildung 50: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Vergleich Antwort untrainierte Dresdner Fachkräfte im Gesundheitswesen Re-Befragung 2010 vs Dresdner Befragung 2009.

Vergleich Chemnitz (keine Veranstaltungen von HEH) Re-Befragung 2010 vs Befragung 2009:

Auch in Chemnitz, wo keine Fortbildungen stattgefunden hatten, fand sich kein Unterschied ($p>.05$) in den Antworten zur subjektiven Informiertheit zwischen der Befragung 2009 (N=143; Mw 3,69; SD 1,171) und der Re-Befragung 2010 (N=61; Mw=3,51; SD=1,164). (Abbildung 51)

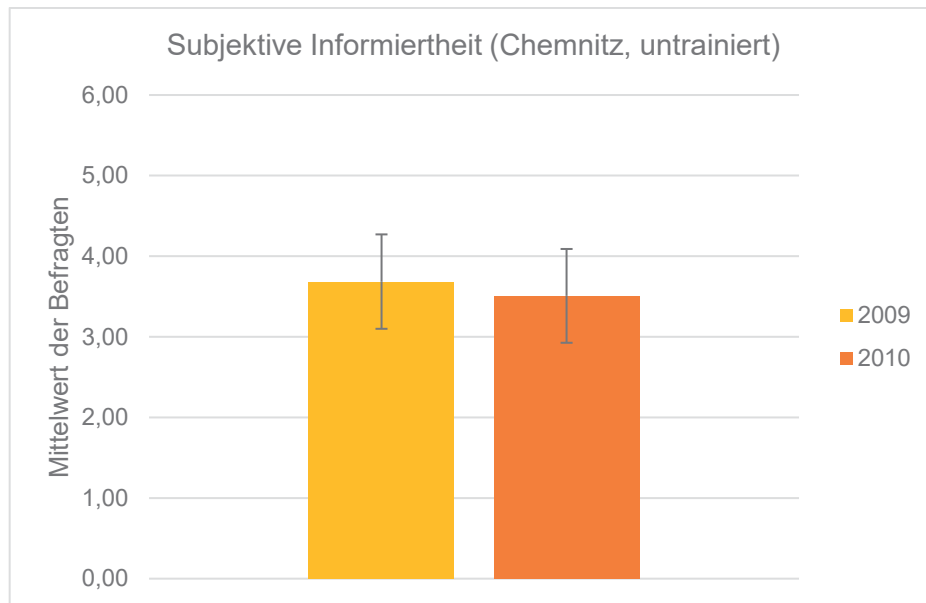


Abbildung 51: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Vergleich Chemnitzer Fachkräfte im Gesundheitswesen Re-Befragung Dresden 2010 vs Chemnitzer Befragung 2009.

Vergleich Re-Befragung 2010 nur diejenigen, die angegeben hatten, an beiden Befragungen teilgenommen zu haben:

Der signifikante Effekt durch das Training bezüglich der Frage subjektive Informiertheit bleibt auch dann bestehen ($d=0,605$), wenn aus der Re-Befragung 2010 nur diejenigen ausgewählt werden, die angegeben hatten, auch an beiden Befragungen teilgenommen zu haben.

Stellt man darüber hinaus die Antworten der Dresdner zur subjektiven Informiertheit aus der Re-Befragung 2010, die angegeben hatten, auch an beiden Befragungen teilgenommen zu haben, aber keine Schulung besucht zu haben ($N=101$), den Antworten der Dresdner aus der Befragung 2009 ($N=931$) gegenüber, so ergibt sich selbst hier eine signifikant ($p<.001$) verbesserte Informiertheit ($Mw=3,83$; $SD=1,158$), allerdings bei deutlich kleinerer Effektstärke von $d=0,19$ als bei den Trainierten (siehe Abbildung 52).

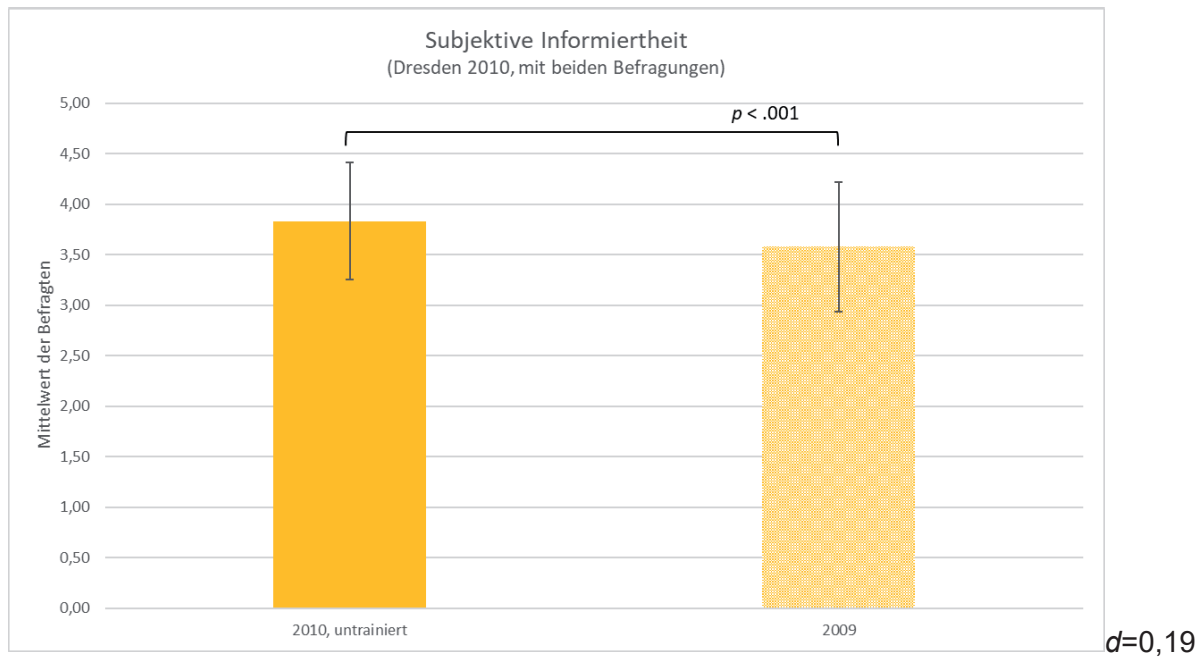


Abbildung 52: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Fachkräfte im Gesundheitswesen an beiden Befragungen teilgenommen. Vergleich Antworten untrainierte Dresdner Re-Befragung Dresden 2010 vs Dresdner Fachkräfte im Gesundheitswesen Befragung Dresden 2009

Untersucht man nur die Antworten der Chemnitzer aus der Re-Befragung 2010, die angegeben hatten, auch an der Befragung 2009 teilgenommen zu haben (N=36; Mw=3,53; SD 1,207), so findet sich kein signifikanter Effekt ($p>.05$) zu den Antworten der Chemnitzer aus der Befragung von 2009 (N=143; Mw=3,69; SD=1,171), Abbildung 53.

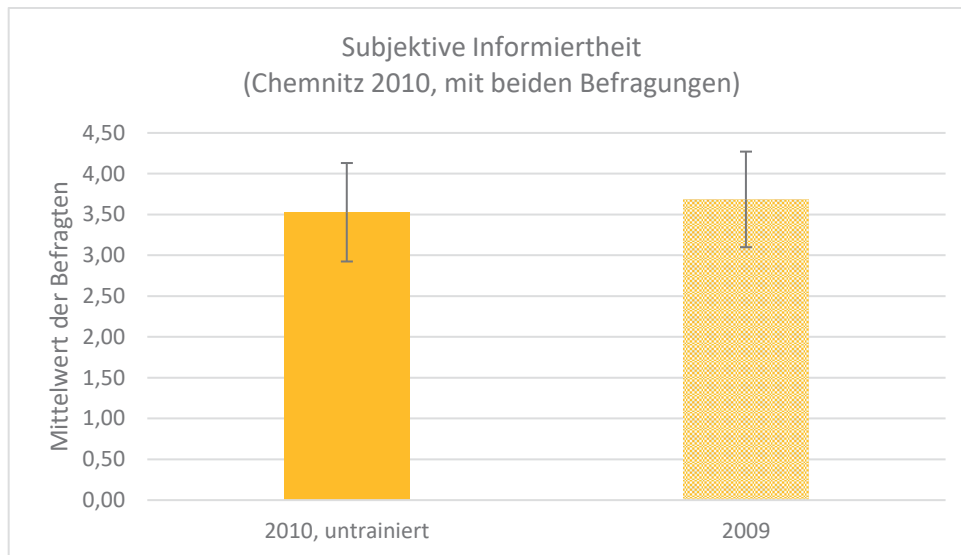


Abbildung 53: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Fachkräfte im Gesundheitswesen an beiden Befragungen teilgenommen. Vergleich Antworten Chemnitzer Re-Befragung Dresden 2010 vs Befragung Chemnitz 2009

5.4.2.2 Zufriedenheit mit der Möglichkeit zu helfen

Für das Item „Zufriedenheit mit den Möglichkeiten zu helfen“ fand sich zwischen trainierten Dresdnern aller Berufe (N=121) und untrainierten Dresdnern (alle Berufe, N=414) nur im Trend ein Unterschied ($p=.09$) im Wilcoxon-Mann-Whitney-U-Test (siehe Abbildung 54).

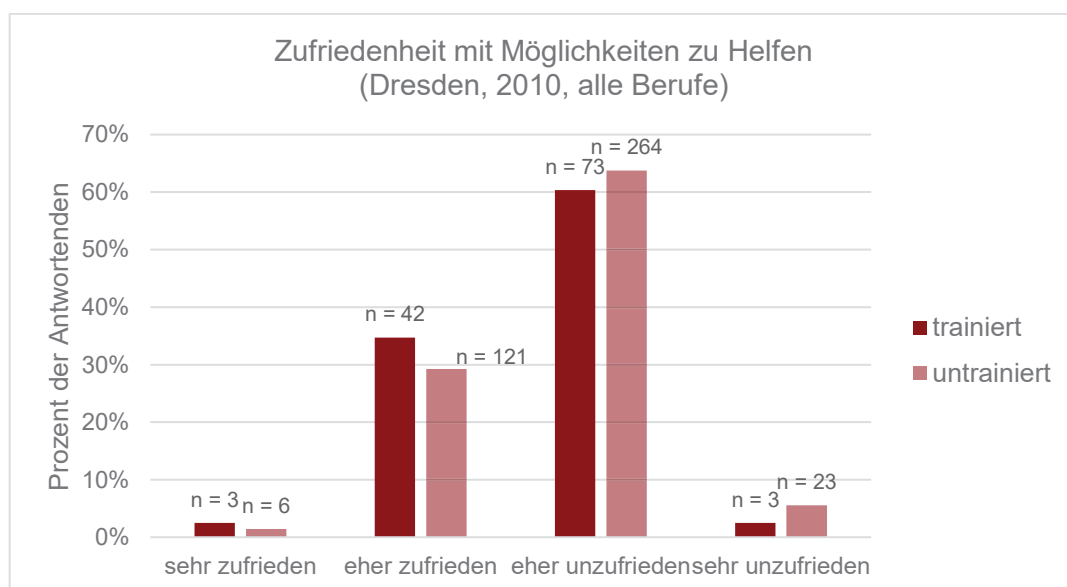


Abbildung 54: Zufriedenheit mit den Möglichkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen. Dresdner Fachkräfte im Gesundheitswesen: Vergleich trainiert vs untrainiert Re-Befragung 2010

Für die einschränkende Betrachtung nur der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aus Dresden (trainiert, N=41) untrainiert (N=132) fand sich kein signifikanter Effekt U-Test ($p=.255$) (siehe Abbildung 55)

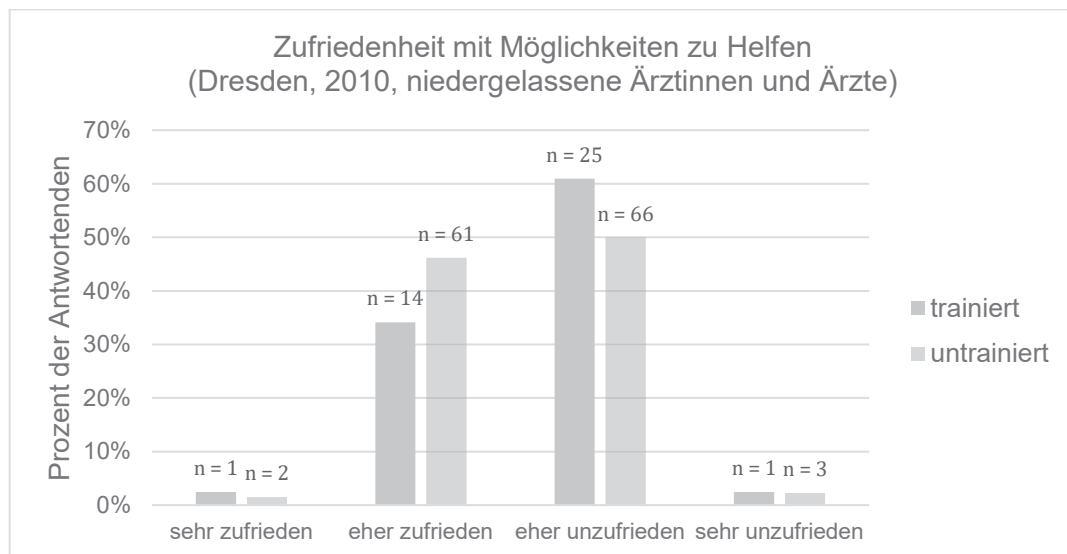


Abbildung 55: Zufriedenheit mit den Möglichkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen. Dresdner niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Vergleich trainiert vs untrainiert. Re-Befragung 2010

Es findet sich somit ein Unterschied zu diesem Item im Vergleich der Antworten niedergelassener Ärztinnen und Ärzte aus Dresden versus niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aus Chemnitz (siehe Abbildung 45 in Kapitel 5.6.2), aber kein signifikanter Unterschied zwischen den trainierten und den untrainierten Dresdner niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

5.4.2.3 Geschätzte Kontakthäufigkeit

Die Häufigkeit, mit der ein Verdachtsfall in der praktischen Arbeit wahrgenommen wird, änderte sich durch die Schulungen nicht signifikant.

5.4.2.4 Bekanntheit von Hilfsmitteln oder Hilfemöglichkeiten

Bezüglich der Bekanntheit von Hilfsmitteln und Hilfemöglichkeiten ergaben sich in der Re-Befragung 2010 einige signifikante Unterschiede zwischen Schulungsteilnehmern und Nichtteilnehmern. Eine kleine Auswahl veranschaulicht Tabelle 23.

	HEH- Veranstaltung besucht n=132	Keine HEH- Veranstaltung besucht n=522	Unterschied Signifikanz
Ärzteleitfaden bekannt	52%	19%	$p=0.000$
Ärzteleitfaden genutzt	39%	12%	$p=0.000$
Auslegen von Informationsmaterial für Betroffene	49%	18%	$p=0.000$
Bekanntheit der Hauptberatungsstelle	34%	13%	$p=0.000$
Kontakt mit der Hauptberatungsstelle	8%	7%	n. s.

Tabelle 23: Arbeitshilfen und Hilfemöglichkeit bei häuslicher Gewalt. Vergleich trainierte vs untrainierte Fachkräfte im Gesundheitswesen. Re-Befragung 2010

Dabei wird deutlich, dass Trainierte deutlich häufiger Hilfemöglichkeiten oder Hilfsmittel kennen und nutzen als diejenigen, die keine Veranstaltung besucht hatten. Auch die spezialisierte Beratungsstelle bei häuslicher Gewalt war bei Schulungsteilnahme hochsignifikant ($p<.001$) besser bekannt, allerdings wurde kein häufigerer Kontakt zu ihr benannt.

6 Diskussion

Die beiden Fragebogen-Untersuchungen im Jahr 2009 und im Jahr 2010 in Dresden und Chemnitz bauten aufeinander auf und waren neben der kontinuierlichen Rückmeldungen aus den Veranstaltungen während des Projektes HEH ein Instrument, die Intervention der Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften im Gesundheitswesen zum Thema häusliche Gewalt zu evaluieren.

Die dritte Fragebogen-Untersuchung im Jahr 2015, diesmal aller Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und -ärzte in ganz Sachsen, diente dazu, zu überprüfen, ob die Aussagen aus den vorangegangenen Untersuchungen auch landesweit spezifisch zutreffen. Die Befragung sollte zudem die politische Relevanz der Forderung verdeutlichen, die Vernetzung zwischen dem Hilfenetz bei häuslicher Gewalt und den Gesundheitsdiensten zu intensivieren.

6.1 Hauptergebnisse aus den Fragebogenuntersuchungen

Hauptergebnisse aller drei Befragungen waren eine insbesondere in der Ärzteschaft als sehr gering eingeschätzte Kontakthäufigkeit mit Betroffenen von häuslicher Gewalt, die Unsicherheit, wohin weitervermittelt werden sollte, bei gleichzeitig geringem Bekanntheitsgrad spezialisierter Beratungsstellen und spezifischer Arbeitsmittel, andererseits aber eine hohe Fortbildungsbereitschaft.

Diese Angaben zur Fortbildungsbereitschaft wurden etwas relativiert durch die Erfahrungen, die während der Schulungsphase des Projektes HEH gemacht wurden. Aufwändig war die Rekrutierung von Teilnehmern für die Fortbildungen. Für ein gutes Drittel der Nichtteilnehmer war das Problem die mangelnde Zeit. Die Mehrheit der Fachkräfte gab eine enorm hohe Arbeitsbelastung an. Hinzu kommt, dass in allen Bereichen viele unterschiedliche Fortbildungen angeboten werden. Eine klare Prioritätensetzung wird daher von den Fachkräften abverlangt, und diese fällt oft zuungunsten des Themas häusliche Gewalt aus. Dies wurde bestätigt durch die Erfahrung, dass auch im Projekt HEH Fortbildungen mit begrenzter Dauer, die in bestehende Fortbildungseinheiten eingepasst waren (z.B. die jeweiligen klinikinternen Weiterbildungen oder Stammtische), die meisten Teilnehmer verzeichneten. Kurze und überblicksartige Materialien zu Möglichkeiten der Weiterverweisung wurden am meisten geschätzt. Diese Befunde entsprechen einer von der Bundeskoordination Frauengesundheit in Auftrag gegebenen bundesweiten Synopse zum Stand der Aus-, Fort-

und Weiterbildung bezüglich geschlechtsspezifischer Gesundheitsrisiken und der Gewaltthematik (Hellbernd, 2004). Fortbildungsangebote sind, sofern es sie gibt, strukturell nicht ausreichend verankert; meist handelt es sich um einmalige Angebote. Ein großes Problem hierbei ist die fehlende Wahrnehmung, speziell des ärztlichen Auditorenkreises, für Fortbildungsangebote von Anti-Gewalt-Einrichtungen. Aber selbst Veranstaltungen der Ärztekammern zum Thema häusliche Gewalt erreichen die Mehrzahl der niedergelassenen und stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte, lokal wie bundesweit, nicht. Bezeichnend hierfür kann eine Untersuchung aus Hessen (Blättner & Müller, 2007) gelten, in der im Hessischen Ärzteblatt ein Fragebogen zur Bedeutung des Themas „häusliche Gewalt“ im klinischen Alltag veröffentlicht worden war. Trotz Erinnerung betrug die Rücklaufquote lediglich 0,3%.

Diejenigen Fachkräfte, die an den Fortbildungen des Projektes HEH teilnehmen konnten, zeigten einen hohen Zufriedenheitsgrad damit. Sie fanden das erworbene Wissen praktisch anwendbar, kannten hochsignifikant häufiger Arbeitsmittel und fühlten sich signifikant besser informiert als Nichtteilnehmer mit mittlerer Effektstärke. Dies korrespondiert mit den Rückmeldungen aus den unmittelbar nach den Veranstaltungen ausgeteilten Evaluationsbögen. Interessanterweise war eine Erhöhung der subjektiven Informiertheit auch unter den Teilnehmern in Dresden zu verzeichnen, die beide Befragungen (2009 und 2010) beantwortet hatten, aber keine Schulung besucht hatten, bei allerdings kleinerer Effektstärke. Dies könnte auf einen sogenannten Kollateraleffekt zurück zu führen sein, da in Chemnitz als Kontrollregion ohne Aktivität diese Veränderung nicht zu verzeichnen war.

Entgegen den Erwartungen änderte sich die Zufriedenheit der Schulungsteilnehmer mit ihren Möglichkeiten als Helfer nur tendenziell. Eine höhere Handlungssicherheit und bessere Informiertheit hätten eigentlich auch zu einer Erhöhung der Zufriedenheit führen sollen. Hindernisse, wie hohes Patientenaufkommen oder auch Wartezeiten bei der Vermittlung, könnten hier ebenso Ursache sein wie eine erhöhte Sensibilisierung durch die Schulungen. Dennoch könnte die höhere Zufriedenheit der Dresdner im Vergleich zu Leipzig in der Re-Befragung 2010 als weiterer Hinweis dafür gelten, dass breit angelegte Fortbildungsmaßnahmen Wirkung zeigen.

Zusammenfassend lässt sich aus der Befragung im Jahr 2009 und der Re-Befragung nach den Schulungsmaßnahmen durch das Projekt HEH im Jahr 2010 für Dresden feststellen, dass selbst in einem relativ kurzen Zeitraum mit verhältnismäßig kurzen Schulungen immerhin eine statistisch signifikante Verbesserung des Wissenstandes möglich wurde. Inwiefern sich allerdings der praktische Umgang mit den Betroffenen tatsächlich verändert hatte, kann mit dieser methodischen Herangehensweise nicht beurteilt werden. Positiv ist auch zu werten, dass die Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle ihren Bekanntheitsgrad im

Vergleich zu 2009 deutlich steigern konnten. Dieser Befund blieb auch für die Befragung im Jahr 2015, somit sechs Jahre später, stabil. Vielleicht mag dies zusätzlich auf die verstärkte Öffentlichkeitsarbeit zu diesem Thema zurückgeführt werden. Die Bekanntheit der Homepage „Hinsehen-Erkennen-Handeln“, die Informationen zum Hilfesystem anbietet, war allerdings nicht hoch. Hier spiegelt sich ein interessanter Befund aus den Gesprächen mit den Fachkräften wider, in denen nur geringes Interesse an elektronischen Informationen zu diesem Thema bekundet worden war.

Die Ergebnisse der Befragungen von Fachkräften im Gesundheitswesen in Dresden und in Chemnitz 2009 und 2010 sowie diejenige der gesamten sächsischen Ärzteschaft im Jahr 2015 erlauben, über Hinweise zur Fortbildungsgestaltung hinaus, interessante Rückschlüsse zum Kenntnisstand, zu formal-strukturellen Hindernissen und fachlich-kommunikativen Unsicherheiten.

Die Teilnehmer aller Befragungen gaben an, Patienten mit vermuteter Gewalterfahrung immer oder oft darauf anzusprechen. Dies ist erfreulich, da das aktive Ansprechen bei Verdacht sowie bei psychischen Beschwerden und bei Schwangerschaft vor dem Hintergrund der hohen Schambehaftung der am meisten Erfolg versprechende Ansatz ist (Brzank, 2009; O'Doherty et al., 2015; Warren-Gash et al., 2016). Die wenigsten Gewaltbetroffenen äußern sich Medizinern gegenüber von sich aus offen bezüglich ihrer Erlebnisse, wünschen sich jedoch ein aktives Ansprechen und sehen in Medizinern die primären Ansprechpartner im Versorgungssystem (Brzank, 2009).

Die meisten Teilnehmer der sachsenweiten Befragung im Jahr 2015 berichteten allerdings, ebenso wie diejenigen aus der Untersuchung von 2009 in Dresden und Chemnitz, selten oder nie Kontakt mit von häuslicher Gewalt Betroffenen zu haben. Auch wenn aktuell keine deutsche Studie zur Punktprävalenz von Gewaltbetroffenheit in der Arztpraxis verfügbar ist, legt dieser Befund nahe, dass die Wahrnehmung für dieses Problem im klinischen Alltag unvollständig ist. Diese Vermutung wird unterstützt durch die Tatsache, dass die empirisch belegbare Lebenszeitprävalenz von häuslicher Gewalterfahrung und den damit verbundenen Gesundheitskonsequenzen bei 20% bis 30% liegt (Müller & Schröttle, 2004; Ellsberg et al., 2008; Hornberg et al., 2008; Bonomi et al., 2009; European Union Agency for Fundamental Rights, 2014), sodass nahezu jeder klinisch Tätige regelmäßig Kontakt mit Betroffenen haben müsste. Andererseits schätzten Ärztinnen und Ärzte in dieser Befragung die Lebenszeitprävalenzen annähernd korrekt ein, nämlich für Frauen mehrheitlich mit 10% bis 20% und für Männer zwischen 2% und 10 %. Diese angenommene Wahrnehmungslücke für die eigenen Patienten ließe sich durch Schulung und Sensibilisierung schließen, wie die

Ergebnisse aus einer breit angelegten Interventionsstudie mit Allgemeinmediziner*innen in England vermuten lassen (Feder et al., 2011). In dieser randomisierten Interventionsstudie aus dem Jahr 2011 (IRIS) identifizieren durch Schulung sensibilisierte Ärzte Gewaltbetroffene dreimal häufiger korrekt als nicht geschulte und verwiesen die betroffenen Frauen 21-mal häufiger an spezialisierte Beratungsstellen (Feder et al., 2011; Feder et al., 2013). Auch ließen sich zumindest die depressiven Symptome bereits durch eine ärztliche Kurzintervention senken, Ärzte fragten deutlich häufiger nach Schutzbedarf für die Betroffenen und ihre Kinder. Negativeffekte fanden sich nicht (Hegarty, 2013).

Eng aufeinander bezogen waren in der sachsenweiten Befragung von (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzten im Jahr 2015 die Antworten zu den Items „*Wahrgenommene Schwierigkeiten*“, „*Kenntnisse*“ und „*Unzufriedenheit*“. Dies lässt sich am Beispiel der Hilfestrukturen gut erkennen: Die Befragten hatten auch hier nur zu einem geringen Prozentsatz Kenntnis von bestehenden Hilfestrukturen, fühlten sich zu einem hohen Prozentsatz unsicher bezüglich der Vermittlung Betroffener in Hilfestrukturen und waren gleichzeitig unzufrieden mit ihren Möglichkeiten zu helfen. Allerdings bestehen Unterschiede bezüglich der Bekanntheitsgrade. Während rechtsmedizinische Abteilungen und die Einrichtung „Frauenschutzhaus“ mehr als der Hälfte der Antwortenden bekannt waren, waren regionale Beratungsstellen und verfügbare Arbeitsmaterialien überwiegend unbekannt.

Besondere Aufmerksamkeit verdient das bundeseinheitliche Hilfetelefon. Die Bundesregierung hat mit der Einrichtung des Hilfetelefons im März 2013 ein zentrales Vorhaben des Koalitionsvertrages im Bereich Gewalt gegen Frauen umgesetzt. Es ist jederzeit ohne Hürden, kostenlos, anonym, vertraulich, barrierefrei und bei Bedarf mehrsprachig erreichbar (www.hilfetelefon.de, Telefonnummer 08000 116 016). Dies gilt auch für Rückfragen von Fachkräften. Diese Seite wurde in den Medien und fachspezifischen Organen (u.a. Kahl, 2018) intensiv beworben. Im dritten Jahr der Einrichtung der Hotline war sie bei fast der Hälfte der in unserer Studie Befragten bekannt. Vor dem Hintergrund seiner hohen Funktionalität für das Gesundheitswesen wie für Betroffene ist eine weitere Steigerung der Bekanntheit wünschenswert und scheint durch gezielte Maßnahmen erreichbar. Gestärkt werden könnte allerdings noch die Öffnung auch für männliche Betroffene von häuslicher Gewalt.

Auffallend ist auch der Bekanntheitsgrad des zahnärztlichen Dokumentationsbogens, der mit 30% zwar immer noch gering war, aber deutlich höher als in den anderen Facharztgruppen. Dieser Dokumentationsbogen ist im Internetauftritt der Bundeszahnärztekammer einsehbar (Krüger, 2010). Zumindest könnte es als Hinweis dafür gedeutet werden, dass die

„überregionale“ Platzierung eines Dokumentationsbogens einen höheren Bekanntheitsgrad erleichtert.

Neben diesen formal-strukturellen Schwierigkeiten im Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen und Patienten sind es aber auch fachliche Schwierigkeiten, die auf eine Unsicherheit und unrealistische Erwartung der Befragten an sich selbst schließen lassen. So äußern die Ärztinnen und Ärzte Besorgtheit, durch das Ansprechen dieser Thematik grenzüberschreitend zu sein oder eine Retraumatisierung auszulösen. Wie auch bei anderen (für Behandler und Behandelte) schambesetzten/verunsichernden Themen (Sexualität, Sucht, Suizidalität) erheben sich hier Forderungen an die kommunikative und soziale Kompetenz mit Erlernen von Gesprächsführung und Relativierung der eigenen Anspruchshaltung bei psychosozialen Themen.

6.2 Limitationen und Stärken der Untersuchungen

Der Rücklauf der ersten Befragung von 2009 kann mit 23% als noch befriedigend angesehen werden, zumal es sich um eine sogenannte „Kaltakquise“ ohne vorherige Ankündigung oder mediale Vorbereitung der Zielgruppe handelte. Doch können selbst diese Ergebnisse nicht als repräsentativ gewertet werden. Vielmehr ist zu vermuten, dass es sich um eine positive Auswahl von am Thema interessierten Fachkräften handelt. Allerdings zeigten sich selbst diese, vermutlich besonders am Thema interessierten Fachkräfte in dieser Befragung nicht in allen Bereichen sehr gut informiert, sodass gerade wegen der positiven Auswahl vermutet werden muss, dass die Ergebnisse für weite Teile der Ärzteschaft zutreffen bzw. noch verschärft anzunehmen sind.

Eine Limitation der Befragung der gesamten Ärzteschaft in Sachsen im Jahr 2015 besteht in der Antwortquote von weniger als 10%. Diese zunächst enttäuschende Rücklaufquote von 6,5% liegt andererseits im erwarteten Bereich bei einmaligen schriftlichen Aufforderungen und ist zwar niedriger als bei einer vergleichbaren Telefonbefragung (50% Rücklauf) (Mark, 2000), aber deutlich höher als z.B. diejenige einer schriftlichen Befragungen als Einlage in einem regionalen Ärzteblatt (0,3% Rücklauf) (Blättner & Müller, 2007). Aufgrund der individuellen Aussendung über die offiziellen Ärztekörperschaften mit publikatorischer Begleitaktivität und zusätzlicher Möglichkeit der online-Beantwortung sowie aus den Erfahrungen der Befragung 2009 (Rücklaufquote 23%) war ein höherer Rücklauf erwartet worden; allerdings war auf eben diesem datengeschützten Weg über die Kammern auch keine Zweitaussendung und somit keine persönliche Erinnerung möglich. Die für die

Bearbeitung angesetzte Zeit von knapp vier Wochen war zwar ambitioniert, erfahrungsgemäß ist nach diesem Zeitraum jedoch kein wesentlicher Rücklauf mehr zu erwarten. Es lässt sich vermuten, dass das allgemeine Interesse an diesem Thema in der - zumindest sächsischen - Ärzteschaft barrierebesetzt ist bzw. strukturellen Problemen der Praxisorganisation oder Vergütung zum Opfer fällt. Dies sollte in weiteren Studien verifiziert werden.

Darüber hinaus ist einschränkend, dass in allen Untersuchungen beispielsweise Frauen überrepräsentiert waren, und mit hoher Wahrscheinlichkeit kann man von einer Überrepräsentation für das Thema sensibilisierter Ärztinnen ausgehen. Üblicherweise werden Befragungen eher von Frauen angenommen, was sich auch hier bestätigte, und üblicherweise antworten vor allem diejenigen, die ein hohes Interesse und bereits Vorkenntnisse zum Thema haben (Döring & Bortz, 2016).

Stärke der vorliegenden Untersuchung ist in erster Linie das breite Spektrum der Befragten. Die Befragung von Gesundheitsfachkräften im Jahr 2009 liefert Informationen über Aussagen unterschiedlicher Berufsgruppen. Sie zeigt einige interessante Befunde, wie dass Ärztinnen und Ärzte den Anteil an Betroffenen wie auch die Kontakthäufigkeit eher gering einschätzen. Sie sehen, genauso wie Hebammen, die größte Schwierigkeit zu helfen darin, wohin weiter verwiesen werden könnte (Befragung 2009) oder im Zeitmangel (Re-Befragung 2010). Pflegekräfte schätzen zwar die Häufigkeit von häuslicher Gewalt etwas höher ein, geben aber in deutlich geringerem Anteil an, bei Verdacht auch anzusprechen. Hierin liegt hohes Potential für zukünftige Fortbildungen, zumal das Projekt HEH gerade bei dieser Berufsgruppe Pflege auf sehr gute Resonanz gestoßen ist.

Darüber hinaus konnte die Befragung in zwei verschiedenen Städten (Dresden und Chemnitz) gewährleistet, die Ergebnisse der Fortbildungsmaßnahmen in der Modellregion Dresden mit einer Region zu vergleichen, in der keine so intensive und gezielte Fortbildung von Gesundheitsfachkräften stattgefunden hat. Dies ermöglichte einen Gruppenvergleich an Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden am Projekt HEH. Zwar ist auch in Chemnitz eine sehr rege Arbeitsgruppe und ein Netzwerk zur Bekämpfung häuslicher Gewalt aktiv - im Sinne eines „treatment as usual“ - doch zeigt der Vergleich der beiden Regionen in der Re-Befragung 2010, dass die Ansprache von Fachkräften im Gesundheitswesen spezifischerer Maßnahmen bedarf, so wie sie im Modellprojekt HEH in Dresden durchgeführt wurden.

Die Ausweitung der Befragung auf ganz Sachsen und die Konzentrierung auf (Zahn-) Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte durch die Befragung im Jahr 2015 mit Unterstützung der Sächsischen Landesärztekammer erlaubt zusätzliche Aussagen über den Vernetzungsgrad

mit dem Hilfenetzwerk zur Bekämpfung häuslicher Gewalt zu treffen. Diese Untersuchung zeigte klare Zusammenhänge zwischen Unsicherheit, Kenntnis von Hilfeeinrichtungen und Zufriedenheit mit den Möglichkeiten zu helfen. Erschreckend bleibt der geringe Bekanntheitsgrad von Arbeitsmitteln. Zu verstehen ist dies als Aufforderung für weitere Aktivitäten.

6.3 Klinische Implikationen und Konsequenzen für die politische Willensbildung

Die Ergebnisse der ersten beiden Befragungen und die Erfahrungen aus dem Projekt wurden kontinuierlich an das projektunterstützende Ministerium durch Projektberichte (Epple et al., 2011) und Vorträge rückgemeldet. Sie flossen in die Überarbeitung des Landesaktionsplanes zur Bekämpfung häuslicher Gewalt ein (Landespräventionsrat Sachsen, 2013) und waren Anlass für weitere Projekte, insbesondere auch im Kinderschutz in der Medizin. Die Ergebnisse der Befragung im Jahr 2015 waren Grundlage für die Erstellung eines Maßnahmenkataloges (Schellong et al., 2016).

Die Erfahrungen und Ergebnisse der Untersuchung gestatten es, handlungsleitende Hinweise zu geben, die Geltung auch über Sachsen hinaus beanspruchen können. Im Kontext der internationalen und nationalen Anstrengungen zum Thema häusliche Gewalt können aus ihnen Maßnahmen abgeleitet werden, die den Gesundheitssektor in seiner Fähigkeit stärken, auf häusliche Gewalt angemessen zu reagieren (García-Moreno et al., 2015; García-Moreno et al., 2017). Es sind dies im Wesentlichen gut fokussierte und idealerweise longitudinal verankerte Fortbildungen, die Ärzte sensibilisieren, Betroffene in der täglichen Berufsausübung zu erkennen, sie qualifiziert und verständnisvoll anzusprechen und schließlich wohnortnah und niedrigschwellig in bestehende Hilfestrukturen zu vermitteln. Zudem bedarf es leicht in den medizinischen Alltag zu integrierender Hilfsmittel zur Dokumentation und als Handlungsrichtlinien, angelehnt an die Empfehlungen der WHO (Bohne, 2009; World Health Organization, 2014).

Projekte, die sich spezieller Mediatoren (Hellbernd, 2003a; Wieners, 2019) zwischen Gesundheitsdiensten und Hilfenetzwerk seit Jahren erfolgreich bedienen, entwickeln immer neue kreative Lösungen zur Transparenzerhaltung in beide Richtungen. Allerdings bedürfen sie der finanziellen Untersetzung und der stetigen Unterstützung durch die Leitungsebenen der medizinischen Einrichtungen.

Zusammenfassend und in Schlussfolgerung der Untersuchungen werden zur Verbesserung der Integration von medizinischen Fachkräften in das Hilfenetzwerk bei häuslicher Gewalt für Sachsen folgende Maßnahmen empfohlen, ohne dass hiermit Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wäre:

1. Kontinuierliche Aktualisierung und transparente Zugänglichkeit von Leitfäden, Dokumentationsbögen und Informationsmaterial unter Beachtung vulnerabler Zielgruppen
2. Sachsenweite Etablierung von Hilfestrukturen in Kliniken
3. Einbeziehung digitaler Medien in die Hilfemöglichkeiten
4. Verbesserung der Abrechenbarkeit von Dokumentationsleistungen
5. Integration des Themas häusliche Gewalt in Fort-/Weiterbildung und Lehre
6. Interprofessionelle Fallanalysen und Mortalitätskonferenzen
7. Beachtung psychischer Folgestörungen inklusive gewaltsensibler, traumainformierter Gesprächsführung

6.3.1 Aktualisierung und transparente Zugänglichkeit von Leitfäden, Dokumentationsbögen, inklusive Beachtung vulnerabler Zielgruppen

Hierzu gehört in erster Linie die Aktualisierung bzw. bei einzelnen Themen eine Neuerstellung von Leitfäden und Dokumentationsbögen unter Berücksichtigung aktueller Studienergebnisse. Themen wie Hilfestellung für Kinder als Zeugen häuslicher Gewalt, Migrationshintergrund, Hilfemöglichkeiten für Männer, fachspezifische Arbeitsmittel wie z.B. für Zahnärzte und die gynäkologische Dokumentation sollten Berücksichtigung finden. Eng zu verschränken ist die Aktualisierung der Leitfäden und Materialien mit der Thematik Gewalt gegen Kinder und Kindeswohlgefährdung sowie Gewalt in der häuslichen Pflege. Diese gleichwohl wichtigen Bereiche waren aber nicht Thema dieser Arbeit.

Zusätzlich ist eine möglichst flächendeckende Versorgung von Praxen und Kliniken mit Informationsmaterial zur Ausreichung an Betroffene wichtig.

6.3.2 Sachsenweite Etablierung von Hilfestrukturen in Kliniken

Eine Struktur wie ein Kompetenzzentrum „Häusliche Gewalt und Gesundheitswesen“ (Schellong et al., 2016) und in Anlehnung an ein funktionierendes Modell in Berlin (Wieners, 2019) könnte einerseits übergeordnete Ziele, inklusive Entwicklungen auf Bundesebene,

bedienen, andererseits vor Ort einsetzbare qualitätsgeprüfte Materialien liefern und Maßnahmen in den einzelnen Einrichtungen kontinuierlich begleiten.

Untersuchungen haben gezeigt, dass eine „inhouse“-Beratung in Kliniken Betroffene mit der größten Effektivität erreicht, am besten akzeptiert wird und die gezielte Weiterleitung an spezialisierte Institutionen erhöht (Warren-Gash et al., 2016). Die Verzahnung medizinischer Einrichtungen mit dem Hilfenetzwerk kann bereits innerhalb der Klinik durch „Konsil“-Besuche von Mitarbeiterinnen aus den Beratungsstellen erfolgen. Dieses Konzept hat sich auch in der praktischen Arbeit in der Traumaambulanz Seelische Gesundheit in Dresden zum Beispiel sehr bewährt (Epple & Schellong, in press).

Zusätzlich könnten innerhalb des Klinikteams Gewaltschutzgruppen, ähnlich den Kinderschutzgruppen (Steinhauer et al., 2011) sowie eine oder ein Beauftragter für Gewaltprävention, entsprechend einer Hygienebeauftragung, in jeder medizinischen Abteilung, zumindest aber in den Notaufnahmen, die Sensibilität für das Thema häusliche Gewalt schärfen, Kontakt zu den Netzwerkpartnern halten und neue Kolleginnen und Kollegen in die Verfahrensweisen einarbeiten.

6.3.3 *Einbeziehung digitaler Medien in die Hilfemöglichkeiten*

Hierfür müssen themenspezifische Produkte nicht nur digital aufbereitet und gebündelt, sondern auch neu entwickelt werden. In jedem Falle sollten digitale Produkte kontinuierlich aktualisiert werden und den aktuellen Zertifizierungsstandards der EU genügen (Schellong et al., 2019). Nicht zu unterschätzen ist der hohe personelle und finanzielle Aufwand, der dies bedeutet. Auch sollten Informationsmöglichkeiten, wie z.B. der während des Modellprojektes entstandene Internetauftritt www.hinsehen-erkennen-handeln.de und Tools, oder Kurzlinks zu Informationen auf klinikinternen Intranetseiten (z.B. Gewalt-Button) mit anderen bestehenden Angeboten stärker vernetzt werden. In verwandten Projekten entstandene Apps (z.B. "Hans und Gretel" für Hilfen beim Kinderschutz, Richter, 2018) könnten thematisch erweitert werden. Beispielhaft ist die in der Einführung genannte Online-Dokumentationshilfe zur Beweissicherung „iGOBSIS“ (Gahr & Ritz-Timme, 2018); www.gobsis.de) in Nordrhein-Westfalen. Dort wird auch eine telemedizinische Beratung „on-demand“ durch Fachärztinnen und -ärzte für Rechtsmedizin angeboten.

Darüber hinaus bedarf es Programmen zur Einbindung datenschutzgeprüfter Dokumentationstools in die Praxissoftware und in Klinikinformationssysteme, die Anwendern möglichst kostenfrei zur Verfügung gestellt werden sollten.

6.3.4 *Verbesserung der Abrechenbarkeit von Dokumentationsleistungen*

Eine immer wieder angeführte Problematik in den Fortbildungen war, dass die aufwändigen Leistungen, die mit Beratung und Dokumentation bei häuslicher Gewalt verbunden sind, nicht ausreichend honoriert werden. In der Behandlung von Kindern ist in den letzten Jahren für die Maßnahmen bei oder den Ausschluss von Kindeswohlgefährdung OPS-Code entwickelt worden. Mit diesem Code 1-945 kann in Kliniken die standardisierte und multiprofessionelle (somatische, psychologische und psychosoziale) Diagnostik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung sowie bei Münchhausen by proxy Syndrom kodiert und seit dem Jahr 2018 auch abgerechnet werden (Krollner & Krollner, 2019). Ziel wäre es, bei der Versorgung Erwachsener nach häuslicher Gewalt ein ähnliches Modell zu etablieren.

6.3.5 *Integration des Themas häusliche Gewalt in Fort-/Weiterbildung und Lehre*

Die Thematik häusliche Gewalt muss in einem noch breiteren Ausmaß als bisher Eingang in die Lehre finden. Günstig wäre aus didaktischer Sicht eine immer wiederkehrende, fachrichtungsspezifische Platzierung des Themas in verschiedenen Studienabschnitten (Gynäkologie, Kinder- und Jugendmedizin, Rechtsmedizin, Psychosomatik, Notfallmedizin, Chirurgie und Allgemeinmedizin). Für die psychosomatische Grundversorgung sollte eine Platzierung des Lehrinhaltes selbstverständlich sein. Juristische Themen wurden sehr häufig als Lehrinhalte gewünscht.

Die Schwierigkeiten, das Thema in Fortbildungen zu platzieren und der enge zeitliche Umfang, den die antwortenden Ärzte dem Thema zu widmen bereit sind, sollten für das Design themenspezifischer Fortbildungsmodule unbedingt ernst genommen und berücksichtigt werden. Das trifft auch für die Anzahl der zu vermittelnden Botschaften zu.

6.3.6 *Interprofessionelle Fallanalysen und Mortalitätskonferenzen*

Das Hilfesystem und die Kriminalprävention könnten sich an die mittlerweile in der Medizin hoch entwickelten und gut etablierten Möglichkeiten von Fehlermanagement und Mortalitätskonferenzen anlehnen. Die schwerste Gewalt, Gewalt, die zum Tod führt, betrifft Frauen überproportional. Die meisten Mord-Suizide betreffen (Ex-)Intimpartnerinnen. In dem Bestreben, Verletzungen zu reduzieren und Todesfälle durch Gewalt zu verhindern, haben sich in den Vereinigten Staaten und weltweit interprofessionelle Teams zu „Fatality Reviews“ zusammengefunden, die Todesfälle durch häusliche Gewalt auf Faktoren untersuchen, die zur fatalen Entwicklung beigetragen haben. Diese Teams setzen sich aus den Bereichen

Gesundheit, Bildung, Strafrecht, soziale Dienste und Politik zusammen (Websdale et al., 2019) Websdale et al., 2019). Ein Modell in Australien konnte zeigen, dass interdisziplinäre Fallanalysen nach gewaltsamen Todesfällen oder Gefährdungsanalysen nach schwersten Verletzungen zu konstruktiven Lösungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit führen können (Bugeja et al., 2015).

6.3.7 Beachtung psychischer Folgestörungen inklusive traumainformierter Gesprächsführung

Folgen häuslicher Gewalt sind neben sichtbaren körperlichen Verletzungen häufig auch psychosomatische Beschwerden und psychische Symptome (Ellsberg et al., 2008; García-Moreno et al., 2015; Ferrari et al., 2016). Oft sind diese der einzige oder erste Hinweis auf häusliche Gewalt. Routinemäßiges Fragen nach Gewalterfahrungen wird daher bei psychischen Erkrankungen und in der Schwangerenvorsorge empfohlen (O'Doherty et al., 2014; O'Doherty et al., 2015). Dies erfordert eine gewaltsensible und traumainformierte Gesprächsführung (Schellong & Eppler, 2018). Einfühlsame und ressourcenorientierte Fragen in einem ärztlichen Gespräch können zur weichenstellenden Begegnung werden und die Wege in das Hilfenetz bahnen (Weidner et al., 2011; Schellong et al., 2018).

In die Behandlungskette bei Folgestörungen von häuslicher Gewalt gehört eine gute Vernetzung mit der psychotherapeutischen Versorgung. Hilfestellung in der Weitervermittlung in traumaspezifische Psychotherapie war unter den am häufigsten genannten Wünschen der Teilnehmer an den Befragungen. Spezifische Behandlungsverbünde könnten Vermittlung zu Krisen- oder Traumaambulanzen und in Angebote der psychotherapeutischen Versorgung erleichtern.

6.4 Fazit

Die Untersuchungen stellen eine Initiative dar, die einen dringenden Bedarf auf dem Gebiet der Versorgung von Betroffenen von häuslicher und Partnerschaftsgewalt offenlegt und Wege zur Verbesserung der Einbindung des Gesundheitswesens in das Hilfenetz aufzeigt. Über die Sensibilisierung und Qualifizierung der Fachkräfte im Gesundheitsbereich kann eine wesentliche Lücke im interdisziplinären Fallmanagement geschlossen werden.

Das Dresdner Modellprojekt „Hinsehen–Erkennen–Handeln“ sollte Fachkräfte im Gesundheitswesen (Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Pflegekräfte usw.) für das Thema „häusliche Gewalt“ sensibilisieren und qualifizieren. Eine Ausgangsbefragung von im

Vorfeld in Dresden und Chemnitz gab Aufschluss über Unsicherheiten bezüglich des Themas, Fortbildungsbedarfe, Schnittstellen und notwendige Clusterung der Zielgruppen. Innerhalb der Intervention in der Modellregion Dresden wurde deutlich, dass spezielle Strategien erforderlich sind, um Zugang zu den einzelnen Gruppen zu erreichen. In den 43 Fortbildungen wurde vermittelt, situationsgemäß zu beraten und in eine spezifische Beratung und leitliniengerechte Behandlung zu verweisen. 931 Personen konnten erreicht werden. Die Ergebnisse der Re-Befragung nach der Intervention in Dresden zeigten, dass die Schulung bei den Teilnehmern zumindest hinsichtlich des subjektiven Informiertheitsempfindens und des Bekanntheitsgrades der Hilfsmittel und Hilfemöglichkeiten ankommt. Die Intervention als solche hatte Modellcharakter, da sie in einer gut abgegrenzten Region Strukturen stärkte, stabilisierte und effektiver machte, die in anderen Regionen ebenso notwendig sind.

Die Ergebnisse der dritten Befragung zum Thema häusliche Gewalt, diesmal von 1.346 (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzten in ganz Sachsen im Jahr 2015, unterstrichen die Notwendigkeit, die Erkenntnisse aus dem Projekt „Hinsehen-Erkennen-Handeln“ in der Modellregion Dresden auf ganz Sachsen anzuwenden. Sie waren Grundlage für die Erstellung eines Maßnahmenkataloges zur Einbindung des Gesundheitswesens in die Hilfenetzwerke zur Bekämpfung häuslicher Gewalt in Sachsen im Auftrag der Sächsischen Staatsministerin für Integration und Gleichstellung.

Die vorliegenden Untersuchungen dienten damit der Steuerung bei der Zuordnung der notwendigen Ressourcen und in einem erweiterten Sinne der Politik- und berufsständischen Beratung, die begonnen hat, die Defizite der Versorgung auf diesem Sektor wahrzunehmen. Zugleich stellten sie einen Rahmen für die Implementierung von leitliniengerechten, sektoren-übergreifenden und verschiedene Professionen im Gesundheitswesen integrierenden Handlungsstrukturen dar. Die Begleitforschung zu dieser Initiative schaffte eine Grundlage, über das Modellprojekt hinaus das Potenzial an Instrumenten der Bedarfsplanung und des Transfers in andere Regionen, aber auch in andere Versorgungssektoren zu heben.

7 Zusammenfassung

Hintergrund

Häusliche Gewalt ist ein allgegenwärtiges Problem mit multiplen negativen Gesundheitsauswirkungen für Betroffene und hohen Folgekosten für das Gemeinwesen. Aufgrund der direkten und indirekten Gesundheitsfolgen nehmen Betroffene häufig medizinische Hilfe in Anspruch. Diese Kontakte sind wesentlich häufiger als die Inanspruchnahme spezifischer nichtmedizinischer Hilfeeinrichtungen. Gesundheitsfachkräften kommt hiermit eine wesentliche Rolle bei der Identifizierung häuslicher Gewalt, der Versorgung ihrer Folgen und auch der Prävention weiterer Gewalt zu.

Um Fachkräfte im Gesundheitswesen für das Thema zu sensibilisieren und zu qualifizieren, wurde in den Jahren 2008-2010 das Projekt „Hinsehen – Erkennen – Handeln“ (HEH) durchgeführt. Es wurden ein Dokumentationsbogen für Sachsen sowie Informationsmaterialien für Betroffene entwickelt und gemeinsam mit dem bereits bestehenden ärztlichen Leitfaden in berufs- und fachgruppenspezifischen Veranstaltungen vorgestellt. Die Evaluation der Veranstaltungen fand kontinuierlich Eingang in die Weiterentwicklung der Materialien. Das Projekt wurde begleitet durch Befragungen von Gesundheitsfachkräften, mit einer Ersterhebung 2009 und einer Folgerhebung 2010. Basierend hierauf beauftragte das Sächsische Staatsministerium für Gleichstellung und Integration 2015 die Erstellung eines „Maßnahmenkatalogs zur Einbindung des Gesundheitswesens in die Hilfenetzwerke zur Bekämpfung häuslicher Gewalt in Sachsen“ und in Vorbereitung dazu eine erneute Befragung aller sächsischen (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzten. Die drei genannten Befragungen sind Gegenstand der hier vorgelegten Promotionsschrift.

Methoden

Bei den Befragungen 2009 und 2010 wurden 4787 bzw. 4812 Fachkräfte im Gesundheitswesen angeschrieben (Angehörige des Universitätsklinikums, ambulant tätige Ärzt*innen, Psycholog*innen, Hebammen, Physiotherapeut*innen und Pflegekräfte aus Dresden und Chemnitz). Der Fragebogen umfasste 74 Items in den Bereichen: Person und Beruf, Informationsstand zum Thema, Umgang mit Betroffenen, Bekanntheit von Arbeitshilfen und Beratungsstellen, sowie Einstellung zu Fortbildungen zum Thema. Der Rücklauf betrug 1107 (23%) bzw. 788 (16%). Unter den Antwortenden der Re-Befragung 2010 befanden sich 132 von insgesamt 931 Teilnehmern von Schulungen im Rahmen des Projektes HEH.

Für die Befragung 2015 wurden alle 20.712 sächsischen (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte (16.757 bzw. 3.955) angeschrieben. Der Fragebogen enthielt 78 Items in den vorgenannten Themenbereichen; zusätzlich sollte ein beigelegter Dokumentationsbogen bewertet werden. Der Rücklauf betrug 1346 (6.5%). Von den weiblichen Angeschriebenen antworteten 8,3%, von den männlichen 4,3%.

Die Auswertung der Antworten erfolgte mit Hilfe deskriptiver Statistik. Vergleiche wurden durchgeführt zwischen Berufsgruppen, zwischen den Städten Dresden und Chemnitz, zwischen den Befragungszeitpunkten 2009 und 2010, sowie zwischen Schulungsteilnehmern und Nicht-Schulungsteilnehmern. Bei der Auswertung der Befragung 2015 wurden zusätzlich Beziehungen zwischen der Beantwortung einzelner Items hergestellt.

Ergebnisse

a) Informationsstand zum Thema Häusliche Gewalt

Auf einer mehrstufigen Skala zur subjektiven Informiertheit lagen in den jeweiligen Gesamtkollektiven die Antworten mehrheitlich nahe dem Mittelwert; es fanden sich keine Unterschiede nach Befragungsjahren, Städten oder Berufsgruppen. Allerdings fühlten sich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Dresden im Jahr 2010 signifikant besser informiert als in Chemnitz ($p=0.02$); in 2015 war dieser Unterschied nicht mehr vorhanden. Unter den Antwortenden 2010 fühlten sich diejenigen, die an einer Schulung teilgenommen hatten, hochsignifikant besser informiert als Nicht-Schulungsteilnehmer ($p<.001$); dies sowohl im Vergleich innerhalb Dresdens (Effektstärke $d=0.59$) als auch zwischen den Städten als auch im Vergleich mit dem Gesamtkollektiv 2009. Schränkt man die Vergleiche auf diejenigen Personen ein, die angaben, auf beide Befragungen geantwortet zu haben, war die Effektstärke zwischen Schulungsteilnehmern und Nicht-Schulungsteilnehmern aus Dresden noch etwas höher ($d=0.61$); zusätzlich fand sich sogar ein Unterschied unter den Nicht-Schulungsteilnehmern 2009 und 2010 ($p<0.001$; $d=0.19$). Dieser letzte Unterschied war für die Antwortenden aus Chemnitz nicht vorhanden.

Gebeten um eine Schätzung der Lebenszeitprävalenz von Erlebnissen häuslicher Gewalt, antworteten in allen drei Befragungskollektiven nur ein Viertel nahe der tatsächlichen Ziffer für Frauen von 20-30%; für Männer wurde die Ziffer deutlich geringer geschätzt, wobei verlässliche epidemiologische Zahlen nicht vorliegen. Unterschiede zwischen den Untergruppen von Befragten waren nicht zu erkennen.

b) Umgang mit Betroffenen

In allen drei Befragungen wurde die vermutete berufliche Kontakthäufigkeit zu Betroffenen als sehr gering eingestuft; einzige Ausnahme bildete die Berufsgruppe der Psycholog*innen. Die Bereitschaft, Betroffene anzusprechen, wurde mit 40-100% als durchaus hoch eingeschätzt, es fanden sich jedoch signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen (niedriger bei Hebammen und Pflegekräften, höher bei Ärzt*innen und Psycholog*innen). Die Zufriedenheit mit den Möglichkeiten, Betroffenen zu helfen, wurde durchweg als gering berichtet; lediglich Psycholog*innen gaben eine bessere Einschätzung. Für den Vergleich zwischen Schulungsteilnehmern und Nicht-Schulungsteilnehmern fand sich in der Befragung 2010 ein Trend ($p=0.09$).

c) Bekanntheit von Arbeitshilfen und Beratungsstellen

Von den zur Auswahl gestellten Arbeits- und Informationshilfen war unter (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzten das bundesweite Hilfetelefon (geschaltet seit 2011) mit 45% die bekannteste, gefolgt vom sächsischen Ärzteleitfaden (in allen drei Jahrgängen gleichbleibend ca. 30%). Von den örtlichen Beratungsstellen und Hilfeeinrichtungen waren in der Befragung 2015 das Institut für Rechtsmedizin (68%) und die Frauenhäuser (61%) die bekanntesten; lediglich 31% kannten die lokalen spezialisierten Beratungsstellen. In den Jahren 2009 und 2010 waren es sogar nur 9% bzw. 13% gewesen. Durchweg waren die Kenntnisse in anderen Berufsgruppen deutlich geringer. Schulungsteilnehmer hatten in der Befragung 2010 signifikant höhere Kenntnisse als Nicht-Schulungsteilnehmer. Diejenigen Antwortenden 2015 mit den geringsten Kenntnissen von Informationsmaterialien und Hilfeeinrichtungen hatten auch die geringste Zufriedenheit mit der Möglichkeit zu helfen angegeben.

d) Einstellung zu Fortbildungen zum Thema.

Über alle Befragungen hinweg zeigten sich ca. 70% der Ärztinnen und Ärzte an Fortbildungen zum Thema interessiert. Ein zeitlicher Umfang von bis zu zwei Stunden wurde stark bevorzugt. Pflegekräfte hatten ähnliche Präferenzen, Hebammen und Psycholog*innen tendierten zu längeren Fortbildungsdauern. Von möglichen Inhalten wurden am häufigsten genannt: konkrete Handlungsanleitungen, Informationen über Beratungsstellen, rechtliche Aspekte sowie Hinweise zur Gesprächsführung mit Betroffenen.

Schlussfolgerung

Die geschilderten Befragungen aus Sachsen zeigen, dass Fachkräfte im Gesundheitswesen, darunter gleichermaßen Ärztinnen und Ärzte wie Angehörige anderer Berufsgruppen, wenig vorbereitet sind, ihre wesentliche Schlüsselrolle bei der umfassenden Hilfe für Betroffene von

häuslicher Gewalt einzunehmen und zur Geltung zu bringen. Sie signalisieren zwar einerseits eine hohe Bereitschaft, Betroffene anzusprechen, sehen sich in ihrer Berufsausübung aber in nur sehr geringem Kontakt zu Betroffenen und sind wenig zufrieden mit den Möglichkeiten zu helfen. Gleichzeitig ist die Kenntnis verfügbarer Informationsmaterialien und bestehender Hilfeeinrichtungen unvollständig oder sogar gering. Der offenkundige Bedarf an Awareness-Steigerung einerseits und Kenntnis-Vermittlung andererseits wurde im Projekt HEH adressiert. Die Befragungen zeigen eindeutig, dass derartig fokussierte Schulungen und Fortbildungen einen positiven Effekt haben, gleichzeitig aber, dass sie longitudinal besser verankert werden müssen. Die Befragung hat zusätzlich herausgearbeitet, dass Fortbildungen durchaus auf Interesse stoßen, und welche Formate und Inhalte dabei die größte Akzeptanz finden.

Summary

Background

Domestic violence is an omnipresent problem with multiple negative consequences for those affected and high costs for the community. Due to direct and indirect health impacts, medical attention is sought frequently. Contact with medical professionals is much more common than with specialized non-medical counseling facilities. Therefore, health care providers play a key role in the identification of domestic violence, treatment of the consequences, and thus prevention of further violence.

The 2008-2010 project 'Hinsehen–Erkennen–Handeln' (HEH: Look at–Recognize–Act) was initiated in order to sensitizing and training medical professionals. Information material and a documentation form for Saxony were developed and presented at focused training modules together with existing medical guidelines. The project was flanked by two surveys of health care providers, first in 2009, then in 2010. Based on that, the Saxon Ministry of Equality and Integration in 2015 commissioned a 'Catalog of Measures for Integrating the Health Care System into the Help Network Combating Domestic Violence in Saxony'. In preparation for that, another survey of all physicians and dentists in Saxony was employed. Those three surveys are the subject of the current thesis.

Methods

The 2009 and 2010 surveys were sent to 4787 and 4812 professionals, respectively (members of the university clinic, outpatient doctors, psychologists, midwives, physiotherapists and care personnel from Dresden and Chemnitz). They comprised 74 items on: personal information and profession, level of information, handling of those affected, familiarity with work aids and counseling facilities, as well as interest in continued education on the topic. The rates of return were 1107 (23%) and 788 (16%), respectively. Among those who answered in 2010 there were 132 out of a total 931 participants of training modules from the HEH project.

The 2015 survey went out to all 20,712 Saxon physicians and dentists (16,757 and 3,955 respectively). It covered 78 items on the same topics. In addition, a proposed documentation form was to be evaluated. There were 1346 replies (6.5%). The rates were 8.3% for female and 4.3% for male recipients.

Analysis of the answers was done by descriptive statistics. Points of comparison were: professions, the cities Chemnitz and Dresden, survey year 2009 or 2010, and participation of training modules. For the 2015 survey, relations between different items were analysed.

Results

a) Level of Information about Domestic Violence

Answers on the subjective information about the topic mostly converged around the mean irrespective of year of the survey, city, or profession. However, Dresden physicians in private practice felt significantly better informed than those in Chemnitz in 2010 ($p=0.02$) but not so in 2009. The difference disappeared again in 2015. In 2010, those respondents who attended training modules felt themselves to be much more informed than those who did not ($p<0.001$), an effect which held true for the comparison within Dresden (effect strength $d=0.59$), between the cities, and with the 2009 survey. When limiting the comparisons to those who responded to both the 2009 and the 2010 surveys, this effect was even higher comparing Dresdners who attended training modules and those who did not ($d=0.61$). In addition, there was even a difference between 2009 and 2010 for respondents from Dresden who did not attend training modules ($p<0.001$; $d=0.19$), an effect that could not be observed in Chemnitz.

When asked to estimate the lifetime prevalence of domestic violence, only a quarter of respondents of all three surveys came close to the actual rate for women, 20-30%. The rate for men was estimated to be significantly lower. There were no divergences between the subgroups of respondents.

b) Dealing of those affected

Participants of all three surveys estimated the frequency of their professional contact with those affected to be very low, the only exception being psychologists. Readiness to approach the affected was rated relatively high with 40-100%, but significant differences were found between professions (lower for midwives and nurses, higher for physicians and psychologists). Satisfaction with options for offering help was generally low, only psychologists saw them more positive. Here, the 2010 survey showed an upward trend between those who participated in training modules and those who did not ($p=0.09$).

c) Familiarity with work aids and counseling facilities

For physicians and dentists, among the information and work aids mentioned in the survey, the federal help hotline (started in 2011) was best known with 45%, followed by the Saxon guideline for physicians with 30% for all three surveys. In 2015, the list of local counseling and aid facilities was topped by the institute for forensic medicine (68%) and by women's shelters

(61%). Only 31% of respondents knew of the more specifically dedicated local counseling facilities, a number that grew from 9% and 13% in 2009 and 2010, respectively. For other professions, familiarity with these options was markedly lower. Participation in the training modules indicated significantly higher rates of familiarity in the 2010 survey. In 2015, those with the least knowledge of informational material and counseling facilities were least satisfied with the options for offering help.

d) Interest in continued education

Across all surveys, around 70% of physicians showed interest in continued education, strongly favoring units at a length of two hours. Nurses showed very similar preferences, while midwives and psychologists tended towards longer durations. The subjects most commonly called for were concrete guidelines for action, counseling facilities, legal aspects, and conversational skills.

Conclusion

The surveys from Saxony show how ill prepared medical professionals are to enact their key role in the comprehensive care for people affected by domestic violence. They show a high readiness to address those affected, but estimate their professional contacts to such cases to be rare. They are unhappy with their ability to help, while having only incomplete or even poor familiarity with informational material and counseling facilities. The project HEH addressed the obvious need for raising awareness and imparting information. The surveys clearly demonstrated that offering training modules had a positive effect. However, more continued education is needed in the long run. Fortunately, there is a high interest in such training. The surveys revealed suggestions for educational subjects and formats.

8 Literatur

- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychol Bull*, 126(5), 651-680. doi:10.1037/0033-2909.126.5.651
- Bacchus, L. J., Ranganathan, M., Watts, C., & Devries, K. (2018). Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ open*, 8(7), e019995. doi:10.1136/bmjopen-2017-019995
- Balschmiter, P., Awe, M., Eckert, C., Montag, R., Möller, V., Lungershausen, O., . . . Schäfer, F. (2017). Abschlussbericht Dunkelfeldbefragung Mecklenburg-Vorpommern. [aktualisiert am: 20.04.2017, Aufruf am: 01.05.2019] URL: http://www.fh-guestrow.de/doks/forschung/dunkelfeld/Abschlussbericht_2017_11_05.pdf.
- Blättner, B., & Müller, I. (2007). Häusliche Gewalt und körperliche Misshandlung von Frauen: Ergebnisse einer Befragung hessischer Ärztinnen und Ärzte. *Hessisches Ärzteblatt*, 9, 565-568.
- Blisse, M., Isaak, K., Schachtschabel, P., & Seifert, S. (2014). Broschüre Gewalt gegen Frauen. [aktualisiert am: 2014, Aufruf am: 15.05.2019] URL: https://www.dresden.de/media/pdf/gleichstellung/Broschuere_Gewalt_gegen_Frauen.pdf.
- Bohne, S. (2009). Pro Train Fortbildung für Gesundheitsfachkräfte. [aktualisiert am: 16.09.2009, Aufruf am: 15.05.2019] URL: <http://www.pro-train.uni-osnabrueck.de/index.php/TrainingProgram/Healthcare?userlang=de>.
- Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Rivara, F. P., & Thompson, R. S. (2009). Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. *Health services research*, 44(3), 1052-1067.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2011). *Statistik für Human-und Sozialwissenschaftler: Limitierte Sonderausgabe*: Springer-Verlag.
- Brzank, P. (2009). (Häusliche) Gewalt gegen Frauen: sozioökonomische Folgen und gesellschaftliche Kosten. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 52(3), 330-338.
- Brzank, P., Hellbernd, H., & Maschewsky-Schneider, U. (2004). Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitsfolgen und Versorgungsbedarf-Ergebnisse einer Befragung von Erste-Hilfe-Patientinnen im Rahmen der SIGNAL-Begleitforschung. *Das Gesundheitswesen*, 66(03), 164-169.
- Bugeja, L., Dawson, M., McIntyre, S. J., & Walsh, C. (2015). Domestic/family violence death reviews: an international comparison. *Trauma Violence Abuse*, 16(2), 179-187. doi:10.1177/1524838013517561
- Bundesärztekammer. (2015). Beschlussprotokoll 118. Deutscher Ärztetag 15.05.2015 VI 137 S.278. [aktualisiert am: 2015, Aufruf am: 01.05.2019] URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/118_DAET/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf.
- Bundeskriminalamt. (2016). Wenn das eigene Zuhause nicht sicher ist – Gewalt in Paarbeziehungen. 22.11.2016.[aktualisiert am: 18.04.2017, Aufruf am: 20.05.2018].
- Bundeskriminalamt. (2019). Polizeiliche Kriminalstatistik. [aktualisiert am: 2019, Aufruf am: 15.05.2019] URL: https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/pks_node.html.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359(9314), 1331-1336.
- Chan, K. L., & Cho, E. Y.-N. (2010). A review of cost measures for the economic impact of domestic violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 11(3), 129-143.
- Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., & Smith, P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American journal of preventive medicine*, 23(4), 260-268.

- Costa, D., Soares, J., Lindert, J., Hatzidimitriadou, E., Sundin, Ö., Toth, O., . . . Barros, H. (2015). Intimate partner violence: a study in men and women from six European countries. *International journal of public health*, 60(4), 467-478.
- Döring, N., & Bortz, J. J. W. S. (2016). Forschungsmethoden und Evaluation.
- Eckey, H. F., Kosfeld, R., & Türck, M. (2015). *Wahrscheinlichkeitsrechnung und Induktive Statistik: Grundlagen—Methoden—Beispiele*: Springer-Verlag.
- Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., & Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, 371(9619), 1165-1172.
- Eppler, F., Croy, I., & Schellong, J. (2011). Häusliche Gewalt bei Patienten—durch medizinische Fachkräfte vermutlich unterschätzt: Eine Vollerhebung bei Dresdner und Chemnitzer niedergelassenen medizinischen Fachkräften und solchen des Dresdner Universitätsklinikums. *Zeitschrift fuer Evidenz, Fortbildung und Qualitaet im Gesundheitswesen*, 105(6), 452-458.
- Eppler, F., & Schellong, J. (in press). OEG-Traumaambulanzen: Chancen und Herausforderungen in der schnellen Versorgung von Gewaltopfern. *Trauma und Gewalt. Clett-Cotta*.
- Erfurt, C., Schmidt, U., & Siegert, A. (2007). Zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt. Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte in Sachsen. Hrsg: *Sächsisches Staatsministerium für Soziales*.
- Ernst, C., Janz, U., Möhrke, B., Kolip, P., Steffens, M., Stolte, A., & Hornberg, C. (2014). Betrifft Frauengesundheit: Das Kompetenzzentrum Frauen-und Gesundheit NRW. *IFFOnZeit-Onlinezeitschrift des Interdisziplinären Zentrums für Frauen-und Geschlechterforschung (IFF)*, 4(3).
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). Violence against women: An EU-wide survey: Main results. [aktualisiert am: März 2014, Aufruf am: 01.05.2019] URL: <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>.
- Evans, M., & Feder, G. (2016). Help-seeking amongst women survivors of domestic violence: A qualitative study of pathways towards formal and informal support. *Health Expectations*, 19(1), 62-73.
- Feder, G., Davies, R. A., Baird, K., Dunne, D., Eldridge, S., Griffiths, C., . . . Ramsay, J. (2011). Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 378(9805), 1788-1795.
- Feder, G., Hutson, M., Ramsay, J., & Taket, A. R. (2006). Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Archives of internal medicine*, 166(1), 22-37.
- Feder, G., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2013). An evidence-based response to intimate partner violence: WHO guidelines. *Jama*, 310(5), 479-480.
- Ferrari, G., Agnew-Davies, R., Bailey, J., Howard, L., Howarth, E., Peters, T. J., . . . Feder, G. (2016). Domestic violence and mental health: a cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Global health action*, 9(1), 29890.
- Franken, S., Neuber, N., & Strehle, D. (2018). Kinder als Zeugen von häuslicher Gewalt und die damit verbundenen Auswirkungen auf ihre Entwicklung. *SSP-FL*. [aktualisiert am: 2018, Aufruf am: 05.05.2019] URL: <https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/deliver/index/docId/1279/file/Reader+SSP-FL+2017-18.pdf>.
- Frieze, I. H. (2000). Violence in close relationships--development of a research area: comment on Archer (2000). *Psychol Bull*, 126(5), 681-684. doi:10.1037/0033-2909.126.5.681
- Gahr, B., & Ritz-Timme, S. (2018). iGOBSIS Informationssystem für Ärztinnen und Ärzte zur Versorgung von Gewaltopfern. [aktualisiert am: 25.06.2018, Aufruf am: 15.05.2019] URL: <https://gobsis.de/>.

- García-Moreno, C., & Watts, C. (2011). Violence against women: an urgent public health priority. *Bulletin of the world health organization*, 89, 2-2.
- García-Moreno, C., Zimmerman, C., Morris-Gehring, A., Heise, L., Amin, A., Abrahams, N., . . . Watts, C. (2015). Addressing violence against women: a call to action. *The Lancet*, 385(9978), 1685-1695.
- García-Moreno, C., Zimmerman, C., & Watts, C. (2017). Calling for action on violence against women: is anyone listening? *The Lancet*, 389(10068), 486-488.
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., & Löwe, B. J. D. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". 50(4), 171-181.
- Graß, H. L., Gahr, B., & Ritz-Timme, S. (2016). Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt in der ärztlichen Praxis. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59(1), 81-87.
- Hegarty, K. (2013). How can health practitioners support women? *DVRCV Advocate*(2), 17.
- Hellbernd, H. (2003a). *Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung: das SIGNAL-Interventionsprogramm*: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Hellbernd, H. (2003b). *Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung: Handbuch für die Praxis. Wissenschaftlicher Bericht*: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Hellbernd, H. (2004). Synopse Aus-, Fort-Und Weiterbildung. Häusliche Gewalt-Erkennen, Sensibilisieren und Erlernen des Umgangs. Bundeskoordination Frauengesundheit. . *Institut für Gesundheitswissenschaften. Technische Universität Berlin*, 1-88.
- Hester, M., Ferrari, G., Jones, S., Williamson, E., Bacchus, L., Peters, T., & Feder, G. (2015). Occurrence and impact of negative behaviour, including domestic violence and abuse, in men attending UK primary care health clinics: a cross-sectional survey. *BMJ open*, 5(5), e007141.
- Hinsehen-Erkennen-Handeln. (2019). Fachkräfteportal für Mediziner und Mitarbeiter im Gesundheitswesen zum Thema häusliche gewalt. [aktualisiert am: 02.05.2019, Aufruf am: 15.05.2019] URL: <http://www.hinsehen-erkennen-handeln.de>.
- Hinsliff-Smith, K., & McGarry, J. (2017). Understanding management and support for domestic violence and abuse within emergency departments: A systematic literature review from 2000–2015. *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), 4013-4027.
- Hornberg, C., Schröttle, M., Bohne, S., Khelaifat, N., & Pauli, A. (2008). *Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen* (Vol. 42).
- Hörnle, T. (2015). Menschenrechtliche Verpflichtungen aus der Istanbul-Konvention: Ein Gutachten zur Reform des § 177 StGB, Gutachten erstellt für das Deutsche Institut für Menschenrechte [aktualisiert am: 2015, Aufruf am: 16.05.2019] URL: [https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/Menschenrechtliche Verpflichtungen aus der Istanbul Konvention Ein Gutachten zur Reform des Paragraf 177 StGB.pdf](https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/Menschenrechtliche_Verpflichtungen_aus_der_Istanbul_Konvention_Ein_Gutachten_zur_Reform_des_Paragraf_177_StGB.pdf).
- Kahl, K. (2018). Gewalt gegen Frauen oft ein Tabuthema. [aktualisiert am: 3.2017, Aufruf am: 27.05.2019] URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/186687/Haeusliche-Gewalt-gegen-Frauen-Schweigen-brechen>.
- Keller, C. (2016). *Häusliche Gewalt, Stalking und Gewaltschutzgesetz: Leitfaden für polizeiliches Handeln*: Richard Boorberg Verlag.
- Krollner, B., & Krollner, D. (2019). Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit 1-945. *OPS Suche 1-94 Komplexe Diagnostik*. [aktualisiert am: 2019, Aufruf am: 11.07.2019] URL: <http://www.icd-code.de/ops/code/1-945.html>.
- Krüger, G. (2010). Zahnärztliche Dokumentation bei interpersoneller Gewalt. [aktualisiert am: Juli 2010, Aufruf am: 27.05.2019] URL: [https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/za/Praev/H%C3%A4usliche Gewalt/Dokumentationsbogen.pdf](https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/za/Praev/H%C3%A4usliche_Gewalt/Dokumentationsbogen.pdf).

- Landeskriminalamt Sachsen. (2015). *Straftaten der "Häuslichen Gewalt" im Tatzeitraum 2015*. Landeskriminalamt Polizei Sachsen.
- Landeskriminalamt Sachsen. (2016). *Straftaten der Häuslichen Gewalt im Tatzeitraum 2016*. Landeskriminalamt Polizei Sachsen.
- Landespräventionrat Sachsen. (2019). Lenkungsausschuss Häusliche Gewalt [aktualisiert am: 2019, Aufruf am: 15.05.2019] URL: <http://www.lpr.sachsen.de/11029.htm>.
- Landespräventionsrat Sachsen. (2010). Schutz des Kindeswohls bei häuslicher Gewalt. [aktualisiert am: 2010, Aufruf am: 29.07.2019] URL: https://www.lpr.sachsen.de/download/landespraeventionsrat/Ganz_NEU_HaeuslGewalt_NEU_fuer_Internet.pdf.
- Landespräventionsrat Sachsen. (2013). Fortschreibung Sächsischer Landesaktionsplan zur Bekämpfung häuslicher Gewalt. [aktualisiert am: 2013, Aufruf am: 15.05.2019] URL: [http://www.lpr.sachsen.de/download/landespraeventionsrat/A5_haeuslGewalt_LPR_ansicht3\(1\).pdf](http://www.lpr.sachsen.de/download/landespraeventionsrat/A5_haeuslGewalt_LPR_ansicht3(1).pdf).
- Mark, H. (2000). Häusliche Gewalt gegen Frauen aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte: Ergebnisse einer Befragung in den Berliner Bezirken Hohenschönhausen und Lichtenberg. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 8(4), 332.
- Maschewsky-Schneider, U., Hellbernd, H., Schaal, W., Urbschat, I., & Wieners, K. (2001). Über-, Unter-, Fehlversorgung und Frauengesundheit Ein Forschungsgegenstand für Public Health. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 44(8), 771-779.
- Montoya, C. (2008). The European Union, capacity building, and transnational networks: Combating violence against women through the Daphne Program. *International Organization*, 62(2), 359-372. doi:10.1017/S0020818308080120
- Müller, U., & Schröttle, M. (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. *IFF Info, Zeitschrift des Interdisziplinären Zentrums für Frauen-und Geschlechterforschung*, 21(28).
- O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G., & Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane database of systematic reviews*(7).
- O'Leary, K. D. (2000). Are women really more aggressive than men in intimate relationships? Comment on Archer (2000). *Psychol Bull*, 126(5), 685-689. doi:10.1037/0033-2909.126.5.685
- O'Doherty, L. J., Taft, A., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., & Feder, G. (2014). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 348, g2913.
- Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Cameron, R., Hugelshofer, D., Shaw-Hegwer, J., . . . Sheikh, J. J. P. C. P. (2004). The primary care PTSD screen (PC-PTSD): Corrigendum. 9(151), 10.1185.
- Rabe, H., & Leisering, B. (2018). *Die Istanbul-Konvention: neue Impulse für die Bekämpfung von geschlechtsspezifischer Gewalt*: DEU.
- Rice, M. E., Harris, G. T. J. L., & Behavior, H. (2005). Comparing Effect Sizes in Follow-Up Studies: ROC Area, Cohen's d, and r. 29(5), 615-620. doi:10.1007/s10979-005-6832-7
- Richter, J. (2018). Hans und Gretel (Version 1.0.0) [Mobile application software]. [aktualisiert am, Aufruf am: 11.07.2019] URL: <https://www.leicht-luftig.studio/arbeiten/hans-gretel/>.
- Ruxton, G. D. (2006). The unequal variance t-test is an underused alternative to Student's t-test and the Mann-Whitney U test. *Behavioral Ecology*, 17(4), 688-690. doi:10.1093/beheco/ark016 %J Behavioral Ecology
- S.I.G.N.A.L.e.V. (2019). S.I.G.N.A.L. e.V. homepage. [aktualisiert am, Aufruf am: 01 Mar 2019] URL: <https://www.signal-intervention.de/>.
- Schach, S., & Schäfer, T. (2013). *Regressions-und Varianzanalyse: eine Einführung*: Springer-Verlag.

- Schellong, J., Böhm, U., Eppele, F., Lorenz, P., Meyer, F., Strotmann, B., & Mörtens, G. (2016). Maßnahmenkatalog zur Einbindung des Gesundheitswesens in die Hilfenetzwerke zur Bekämpfung häuslicher Gewalt in Sachsen. [aktualisiert am: 2016, Aufruf am: 15.05.2019] URL: <https://www.gleichstellung.sachsen.de/download/Crystal/Ma%c3%9fnahmenkatalog%20h%c3%a4usliche%20Gewalt%20in%20Sachsen.pdf>.
- Schellong, J., & Eppele, F. (2018). Traumainformierte Gesprächsführung. In J. Schellong, F. Eppele, & K. Weidner (Eds.), *Praxisbuch Psychotraumatologie*. Stuttgart: Thieme.
- Schellong, J., Eppele, F., & Böhm, U. (2018). Häusliche Gewalt: orthopädisch-unfallchirurgische Relevanz. *Orthopädie und Unfallchirurgie up2date*, 13(05), 455-468.
- Schellong, J., Hübner, J., & Joraschky, P. (2013). Traumanetz Seelische Gesundheit in Sachsen. Praktische Implikationen aus einer Umfrage über Psychotraumatologische Beratungs- und Behandlungsangebote in Sachsen. *Trauma und Gewalt, Jahrgang 07, Heft 01, Februar 2013*(Klett-Cotta).
- Schellong, J., Lorenz, P., & Weidner, K. (2019). Proposing a standardized, step-by-step model for creating post-traumatic stress disorder (PTSD) related mobile mental health apps in a framework based on technical and medical norms. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1611090. doi:10.1080/20008198.2019.1611090
- Schellong, J., Mörtens, G., & Böhm, U. (2015). Bekämpfung häuslicher Gewalt. Ein Thema im ärztlichen und zahnärztlichen Alltag? *Ärzteblatt Sachsen*, 12, 529-530.
- Schweikert, B. (2006). Der Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und seine Auswirkungen auf die Thematik der häuslichen Gewalt gegen Frauen und ihre Kinder-Entwicklungen und Konsequenzen. In *Handbuch Kinder und häusliche Gewalt* (pp. 455-468): Springer.
- Simmons, J., & Swahnberg, K. (2019). Can nonresponse bias and known methodological differences explain the large discrepancies in the reported prevalence rate of violence found in Swedish studies? *PLoS One*, 14(5), e0216451. doi:10.1371/journal.pone.0216451
- Steffens, M., & Janz, U. (2019). Gesine Netzwerk Gesundheit EN [aktualisiert am: 28.03.2011, Aufruf am: 30.04.2019] URL: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/gesine-netzwerk-gesundheit-en-intervention-gegen-haeusliche-gewalt/>.
- Steinhauer, E., Schellong, J., & Eppele, F. (2011). Modellprojekt Hinsehen-Erkennen-Handeln. Kinderschutz im Gesundheitswesen. Projekt zur Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften im Gesundheitswesen für das Thema „Häusliche Gewalt und Gewalt in der Familie“ in Dresden. . [aktualisiert am: 2011, Aufruf am: 05.05.2019] URL: https://www.dresden.de/media/pdf/jugend/jugend-kinderschutz/Abschlussbericht_Hinsehen_Erkennen_Handeln_2011.pdf.
- Stöckl, H., Devries, K., Rotstein, A., Abrahams, N., Campbell, J., Watts, C., & Moreno, C. G. (2013). The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The Lancet*, 382(9895), 859-865.
- Warren-Gash, C., Bartley, A., Bayly, J., Dutey-Magni, P., Edwards, S., Madge, S., . . . Sathia, L. (2016). Outcomes of domestic violence screening at an acute London trust: are there missed opportunities for intervention? *BMJ open*, 6(1), e009069.
- Waters, H. R., Hyder, A. A., Rajkotia, Y., Basu, S., & Butchart, A. (2005). The costs of interpersonal violence—an international review. *Health policy*, 73(3), 303-315.
- Websdale, N., Ferraro, K., & Barger, S. D. (2019). The domestic violence fatality review clearinghouse: introduction to a new National Data System with a focus on firearms. *Inj Epidemiol*, 6, 6. doi:10.1186/s40621-019-0182-2
- Weidner, K., Eppele, F., & Schellong, J. (2011). Geburt bei psychisch traumatisierten Frauen—Praktischer Umgang in der gynäkologischen Praxis. *Frauenarzt*, 52(3), 240-250.
- Whitaker, D. J., Haileyesus, T., Swahn, M., & Saltzman, L. S. (2007). Differences in frequency of violence and reported injury between relationships with reciprocal and nonreciprocal intimate partner violence. *Am J Public Health*, 97(5), 941-947. doi:10.2105/ajph.2005.079020

- Wieners, K. (2019). S.I.G.N.A.L. e.V. - Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt [aktualisiert am: 2019, Aufruf am: 11.07.2019] URL: <https://www.signal-intervention.de/>.
- Wieners, K., & Winterholler, M. (2016). Häusliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59(1), 73-80.
- Woischnik, B. (2018). Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“ (MIGG). [aktualisiert am: 2018, Aufruf am: 30.04.2019] URL: <https://www.zeitbild.de/wp-content/uploads/2018/12/Ärztemappe.pdf>.
- World Health Organization. (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. [aktualisiert am: 2013, Aufruf am: 01.05.2019] URL: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>.
- World Health Organization. (2014). Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook. [aktualisiert am: 2014, Aufruf am: 01.05.2019] URL: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/en/>.

9 Tabellen

Tabelle 1:	Gewalterfahrungen und aktuelle Gesundheit anhand der Anzahl von psychischen und körperlichen Beschwerden in den letzten 12 Monaten (Hornberg et al., 2008).....	10
Tabelle 2:	Polizeilich erfasste Verletzungen infolge häuslicher Gewalt im Jahr 2016 (Landeskriminalamt Sachsen, 2016, p. 5).....	10
Tabelle 3:	Fortbildungen medizinischer Fachkräfte zum Thema häusliche Gewalt im Projekt HEH in Dresden. Projekt HEH 2009 bis 2010 gefördert durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS), unterstützt durch die GWT-TUD GmbH.	24
Tabelle 4:	Anzahl der Angeschriebenen und Rücklauf der Antworten nach Ort, Berufsgruppe und Art der Befragung, Befragung Dresden-Chemnitz 2009...	32
Tabelle 5:	Stichprobenverteilung nach Fachrichtung, behandelter Fälle, Alter und Geschlecht sowie Details zu antwortenden Ärztinnen und Ärzten, Befragung Dresden-Chemnitz 2009.....	33
Tabelle 6:	Anzahl der Angeschriebenen und Rücklauf nach Ort, Berufsgruppe und Art der Befragung, Re-Befragung Dresden-Chemnitz 2010	35
Tabelle 7:	Stichprobenverteilung nach Fachrichtung sowie Details zu antwortenden Ärztinnen und Ärzten, Dresden-Chemnitz Re-Befragung 2010	36
Tabelle 8:	Stichprobenverteilung nach Fachrichtung. Thema häusliche Gewalt, Befragung (Zahn-) Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015	41
Tabelle 9:	Stichprobenbeschreibung. Thema häusliche Gewalt, Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015.....	42
Tabelle 10:	Häufigkeits- und prozentuale Verteilung der Antworten auf die Frage nach der subjektiven Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt, Befragung (Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009	44
Tabelle 11:	Schwierigkeiten (Hauptaspekte) beim Ansprechen bei Verdacht auf häusliche Gewalt, nach der Zahl der Nennungen, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009	50
Tabelle 12:	Schwierigkeiten (Hauptaspekte) beim Ansprechen bei Verdacht auf häusliche Gewalt, jeweilige häufigste Nennung farblich hervorgehoben. Befragung Fachkräfte Gesundheitswesen 2009	51
Tabelle 13:	Bekanntheit und Nutzung von Informationsmöglichkeiten und Arbeitsmaterial beantwortet durch verschiedene Berufsgruppen. Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009	54
Tabelle 14:	Bekanntheit und Kontakt mit Einrichtungen/Institutionen zur Beratung und Schutz bei häuslicher Gewalt, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009.....	55
Tabelle 15:	Bekanntheit von Einrichtungen/Institutionen zur Beratung und zum Schutz bei häuslicher Gewalt, beantwortet nach Berufsgruppe, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009.....	56
Tabelle 16:	Wichtigkeit verschiedener inhaltlicher Aspekte in der Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt: Häufigkeiten und Prozent der Antworten, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009	58

Tabelle 17:	Schwierigkeiten (Hauptaspekte) beim Ansprechen bei Verdacht auf häusliche Gewalt, sortiert nach Zahl der Nennungen, Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010.....	64
Tabelle 18:	Schwierigkeiten (Hauptaspekte) beim Ansprechen bei Verdacht auf häusliche Gewalt nach Berufsgruppe, Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010.....	65
Tabelle 19:	Bekanntheit und Nutzung von Informationsmöglichkeiten und Arbeitsmaterial beantwortet nach Berufsgruppen, Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010.....	67
Tabelle 20:	Bekanntheit von Einrichtungen/Institutionen zur Beratung und zum Schutz bei häuslicher Gewalt, Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010.....	68
Tabelle 21:	Schätzungen zur Prävalenz häuslicher Gewalt gegen Erwachsene in der Allgemeinbevölkerung. Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015.....	72
Tabelle 22:	Schwierigkeiten im Umgang mit von häuslicher Gewalt betroffenen Patientinnen und Patienten (Mehrfachauswahl möglich). Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015	74
Tabelle 23:	Arbeitshilfen und Hilfemöglichkeit bei häuslicher Gewalt. Vergleich trainierte vs untrainierte Fachkräfte im Gesundheitswesen. Re-Befragung 2010	97

10 Abbildungen

Abbildung 1: Regionale Prävalenzraten von Partnerschaftsgewalt gegen Frauen nach WHO Regionen (World Health Organization, 2013).....	5
Abbildung 2: Häufigkeit der erfassten Häusliche-Gewalt-Straftaten für Sachsens Gemeinden im Jahr 2016 (Landeskriminalamt Sachsen, 2016, p. Anlage 3).....	8
Abbildung 3: Die Rolle der Medizin bei der Bekämpfung häuslicher Gewalt, modifiziert nach Garcia-Moreno (García-Moreno et al., 2015)	12
Abbildung 4: Übersicht über die Befragungen zum Thema häusliche Gewalt: Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen 2009 und Re-Befragung 2010 sowie Befragung (Zahn-) Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte in Sachsen 2015.....	27
Abbildung 5: Regionale Anzahl täglich behandelter Patientinnen und Patienten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Befragung Dresden-Chemnitz 2009	34
Abbildung 6: Subgruppenanalyse Fachkräfte im Gesundheitswesen Thema häusliche Gewalt. Re-Befragung 2010 & Befragung 2009 & Veranstaltungsteilnahme Projekt HEH.....	37
Abbildung 7: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009.....	44
Abbildung 8: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt nach Berufsgruppen, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009	45
Abbildung 9: Geschätzter Anteil Betroffener von häuslicher Gewalt in der deutschen Bevölkerung, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009	46
Abbildung 10: Anteil von häuslicher Gewalt jemals betroffener Frauen Einschätzung durch Berufsgruppen, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009.....	47
Abbildung 11: Anteil jemals von häuslicher Gewalt betroffener Männer Einschätzung durch Berufsgruppen, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009.....	47
Abbildung 12: geschätzte Kontakthäufigkeit mit Betroffenen häuslicher Gewalt nach Berufsgruppen, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009	48
Abbildung 13: Häufigkeit des Ansprechens bei Verdacht auf häusliche Gewalt durch verschiedene Berufsgruppen, Befragung Fachkräfte Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009.....	49
Abbildung 14: Zufriedenheit mit den Möglichkeiten, bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen. Einschätzung Fachkräfte im Gesundheitswesen, Befragung Dresden-Chemnitz 2009.....	52
Abbildung 15: Zufriedenheit mit Möglichkeiten, bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen nach Berufsgruppe. Einschätzung Fachkräfte im Gesundheitswesen Befragung Dresden-Chemnitz 2009.....	53

Abbildung 16: Mittelwert bekannter Einrichtungen zur Beratung und Schutz bei häuslicher Gewalt und Kontakt zu diesen in Abhängigkeit von der Berufsgruppe, Fehlerbalken als einfache Standardabweichung, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009 (Epple et al., 2011)	57
Abbildung 17: Von Berufsgruppen als günstig eingeschätzte Zeitdauer einer Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt, Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009	59
Abbildung 18: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt, Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010	60
Abbildung 19: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt, Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010	60
Abbildung 20: Geschätzter Anteil Betroffenheit von häuslicher Gewalt nach Geschlecht durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010	61
Abbildung 21: Anteil jemals von häuslicher Gewalt betroffener Frauen Einschätzung durch Berufsgruppen, Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010	62
Abbildung 22: Anteil jemals von häuslicher Gewalt betroffener Männer Einschätzung durch Berufsgruppen, Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010	62
Abbildung 23: geschätzte Kontakthäufigkeit mit Betroffenen häuslicher Gewalt nach Berufsgruppen Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010	63
Abbildung 24: Häufigkeit des Ansprechens bei Verdacht auf häusliche Gewalt nach Berufsgruppen, Re-Befragung Fachkräfte Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010	64
Abbildung 25: Zufriedenheit mit den Möglichkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen, Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010	66
Abbildung 26: Zufriedenheit mit den Möglichkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen nach Berufsgruppe, Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010	66
Abbildung 27: Mittelwert bekannter Einrichtungen zur Beratung und Schutz bei häuslicher Gewalt und Kontakt zu diesen in Abhängigkeit von der Berufsgruppe, Fehlerbalken als einfache Standardabweichung. Fachkräfte im Gesundheitswesen Re-Befragung Dresden-Chemnitz 2010	69
Abbildung 28: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Befragung (Zahn-) Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015	71
Abbildung 29: geschätzte Kontakthäufigkeit mit von häuslicher Gewalt Betroffenen. Befragung (Zahn-) Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015	73
Abbildung 30: Häufigkeit des Ansprechens bei Verdacht auf häusliche Gewalt. Befragung (Zahn-) Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015	73
Abbildung 31: Zufriedenheit mit den Möglichkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen. Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015	75

Abbildung 32: Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten im Hilfesystem häuslicher Gewalt. Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015	76
Abbildung 33: Bekanntheit und Nutzung von Arbeitsmaterialien und Informationshilfen zum Thema häusliche Gewalt. Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015	77
Abbildung 34: Bekanntheitsgrad und Nutzung von regionalen Beratungseinrichtungen im Einzelnen. Zugeordnet nach Postleitzahl. Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015.....	78
Abbildung 35: a) Zufriedenheit mit den Möglichkeiten zu helfen b) Bekanntheitsgrad und Nutzung von Arbeitshilfen und Hilfeinrichtungen. Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015.....	79
Abbildung 36: Zusammenhänge subjektive Informiertheit (A), Unsicherheit (B), Zufriedenheit (C) sowie angegebene Kontakthäufigkeit (D) mit Anzahl bekannter Hilfeangebote. Mittelwerte bekannter Hilfeangebote in der jeweiligen Gruppe sind als gestrichelte Linien dargestellt. Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015.....	80
Abbildung 37: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt zu Besuch Veranstaltung zum Thema. Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015.....	81
Abbildung 38: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Vergleich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Dresden vs niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Chemnitz. Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen 2009	83
Abbildung 39: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Vergleich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Dresden vs niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Chemnitz. Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen 2009.	84
Abbildung 40: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Vergleich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Dresden vs niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Chemnitz. Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen 2010	85
Abbildung 41: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Vergleich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Dresden vs niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Chemnitz. Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen 2010	85
Abbildung 42: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Vergleich ambulant tätige Fachärztinnen und -ärzte aus Dresden vs ambulant tätige Fachärztinnen und -ärzte aus Chemnitz. Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015.....	86
Abbildung 43: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Vergleich ambulant tätige Fachärztinnen und -ärzte aus Dresden vs ambulant tätige Fachärztinnen und -ärzte aus Chemnitz. Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015.....	87
Abbildung 44: Zufriedenheit mit Möglichkeit bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Vergleich Dresden-Chemnitz. Befragung 2009	87

Abbildung 45: Zufriedenheit mit Möglichkeit bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Unterschied Dresden-Chemnitz signifikant ($p=.015$). Re-Befragung 2010,	88
Abbildung 46: Zufriedenheit mit den Möglichkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen. Ambulant arbeitende Fachärztinnen und Fachärzte nur Bezirke Dresden und Chemnitz. Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte Sachsen 2015.....	89
Abbildung 47: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Vergleich trainierte Fachkräfte im Gesundheitswesen (Veranstaltung HEH besucht) Dresden vs Befragung 2009 vs Untrainierte in der Re-Befragung 2010.	90
Abbildung 48: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Signifikanz und Effektstärke im Vergleich Antwort trainierte (Veranstaltung HEH besucht) Dresdner vs untrainierte Dresdner (alle Berufe) Fachkräfte im Gesundheitswesen. Re-Befragung Dresden 2010	91
Abbildung 49: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Vergleich Antwort untrainierte (keine Veranstaltung HEH besucht) Fachkräfte im Gesundheitswesen Re-Befragung Dresden-Chemnitz 2010 vs Antworten Befragung Dresden-Chemnitz 2009.....	91
Abbildung 50: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Vergleich Antwort untrainierte Dresdner Fachkräfte im Gesundheitswesen Re-Befragung 2010 vs Dresdner Befragung 2009.	92
Abbildung 51: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Vergleich Chemnitzer Fachkräfte im Gesundheitswesen Re-Befragung Dresden 2010 vs Chemnitzer Befragung 2009.....	93
Abbildung 52: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Fachkräfte im Gesundheitswesen an beiden Befragungen teilgenommen. Vergleich Antworten untrainierte Dresdner Re-Befragung Dresden 2010 vs Dresdner Fachkräfte im Gesundheitswesen Befragung Dresden 2009	94
Abbildung 53: Subjektive Informiertheit zum Thema häusliche Gewalt. Fachkräfte im Gesundheitswesen an beiden Befragungen teilgenommen. Vergleich Antworten Chemnitzer Re-Befragung Dresden 2010 vs Befragung Chemnitz 2009	95
Abbildung 54: Zufriedenheit mit den Möglichkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen. Dresdner Fachkräfte im Gesundheitswesen: Vergleich trainiert vs untrainiert Re-Befragung 2010.....	95
Abbildung 55: Zufriedenheit mit den Möglichkeiten bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu helfen. Dresdner niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Vergleich trainiert vs untrainiert. Re-Befragung 2010	96

11 Abkürzungen

FRA	European Union Agency for Fundamental Rights (Europäische Agentur für Grundrechte)
BMFSFJ	Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
D.I.K.	Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle zur Bekämpfung häuslicher Gewalt
GWT	Gesellschaft für Wissenschaft und Technologietransfer
Gesine	Gesundheit EN - Intervention gegen häusliche Gewalt Netzwerk
HEH	Modellprojekt „Hinsehen-Erkennen-Handeln. Aktive Hilfen im Gesundheitswesen“
IPV	Intimate Partner Violence
LPR	Landespräventionsrat Sachsen
MIGG	Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen
SLAEK	Sächsische Landesärztekammer
SMS	Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
SMGI	Staatsministerium für Intergration und Gleichstellung
WHO	World Health Organization

12 Anhang

Anhang A

Anschreiben und Fragebogen

Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009

Anhang B

Anschreiben und Fragebogen

Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010

Anhang C

Anschreiben und Fragebogen

Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte in Sachsen 2015

Anhang D

Dokumentationsbogen bei Verdacht auf häusliche Gewalt

Anhang A

Anschreiben und Fragebogen Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2009

Dresden, den 02.03.2009

Sehr geehrte Kolleginnen und sehr geehrte Kollegen,

Opfer häuslicher Gewalt suchen und finden öfter als vermutet den Weg zu medizinischen Diensten. Ärzte, Schwestern und Pfleger sind oftmals erste und leider meist einzige Ansprechpartner, wenn es darum geht, Erlebtes zu beschreiben, Verletzungen zu zeigen und Mut zu schöpfen.

Im Auftrag des Sächsischen Staatsministerium für Soziales führen wir daher in allen Bereichen des Gesundheitswesens eine Befragung zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt durch.

Wir möchten Sie bitten, beiliegenden Fragebogen auszufüllen und sich bei einer Tasse Tee Zeit zu nehmen, um den Bezug Ihrer täglichen Arbeit zum Thema häusliche Gewalt/Gewalt in der Familie zu reflektieren. Die Beantwortung der Fragen wird etwa zehn Minuten in Anspruch nehmen. Ihre Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig.

Um eine frühzeitige, professionelle Versorgung von Betroffenen zu gewährleisten, ist die Erfahrung vieler medizinischer Profis notwendig.

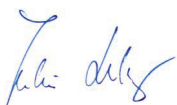
Ihre Erlebnisse, Ideen, Fragen und Probleme im Umgang mit diesem sensiblen Thema sind wichtig, um künftige Weiterbildungen bedarfsgerecht an den medizinischen Alltag anzupassen. Selbstverständlich werden alle Angaben pseudonymisiert und vertraulich behandelt (gemäß § 36 Sächsisches Datenschutzgesetz Abs.2). Die Unterlagen werden nach der Auswertung datenschutzgerecht vernichtet.

Zu Gunsten der besseren Lesbarkeit haben wir in der Befragung die weibliche Schreibform verwendet. Männliche Patienten sind in allen Texten gleichfalls gemeint.

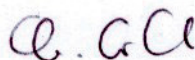
Die wesentlichen Ergebnisse finden Sie baldmöglichst auf unserer Internetseite unter www.hinsehen-erkennen-handeln.de.

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigelegten Rückumschlag und geben Sie diesen bis zum 01.04.2009 in die Post.

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft und Unterstützung.



Dr. med. univ. Julia Schellong
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
des Universitätsklinikums Dresden



Priv. Doz. Dr. med. Christine Erfurt
Institut für Rechtsmedizin
der medizinischen Fakultät der TU Dresden



Postadresse
TU Dresden
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden

Besucheradresse
Außenstelle HELIOS-Klinik
Gebäude: Haus 1
Malerstraße 31
01326 Dresden

Gewalt im sozialen Nahraum, der eigentlich Schutz, Vertrauen und Geborgenheit bieten sollte, zu erleben, stellt eine besondere Belastung dar, die die Gesundheit eines Menschen stark beeinträchtigen kann.

Häusliche Gewalt bezeichnet Gewalt, die zwischen erwachsenen Personen geschieht, die durch intime, verwandtschaftliche oder gesetzliche Beziehungen miteinander verbunden sind. *Gewalt in der Familie* bezeichnet darüber hinaus Gewalt von der auch Kinder direkt oder indirekt betroffen sind.

Häusliche Gewalt und Gewalt in der Familie sind in der Regel keine einmaligen Taten, sondern bestehen aus einem komplexen System gewalttätiger Handlungen und Verhaltensweisen. In der Literatur (z.B. Egger et al., 1997) werden die vielfältigen Formen der Gewalt in fünf Typen zusammengefasst:

1. Körperliche Gewalt wie Schläge, Tritte, Würgen, tätliche Angriffe bis hin zu Tötungsdelikten
2. Sexualisierte Gewalt z.B. das Erzwingen von sexuellen Handlungen, Zwang zur Prostitution
3. Psychische Gewalt wie Bedrohen, Beleidigen, Einschüchtern, Demütigen, Essensentzug
4. Wirtschaftliche Gewalt z.B. Arbeitsverbot, Zwang zur Arbeit, alleinige Verfügung über die Finanzen durch den Partner
5. Soziale Gewalt z.B. das Bestreben, jemanden zu isolieren, Kontrolle und Verbot von Kontakten, Einsperren.

P.S.: Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Teezeit!

► **Angaben zur Person und zum Beruf**

- A1** Welcher Berufsgruppe gehören Sie an? ☐ Arzt / Ärztin ☐ Pflegepersonal ☐ Hebamme
☐ Psychologe / Psychologin
☐ Sonstiges:
- A2** In welcher Fachrichtung sind Sie tätig?
- A3** Wie viele Patienten behandeln Sie in etwa täglich? ☐ unter 5 ☐ 6 bis 30 ☐ 31 bis 50 ☐ über 50
- A4** Bitte geben Sie die Jahre Ihrer Berufserfahrung an: ☐ bis 5 Jahre ☐ 6-10 Jahre ☐ 10-20 Jahre ☐ über 20
- A5** In welchem Versorgungs-Setting sind Sie tätig? ☐ ambulant ☐ stationär / teilstationär
- A6** Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an: ☐ weiblich ☐ männlich
- A7** Ihr Alter liegt im Bereich: ☐ bis 24 J. ☐ 25 - 34 J. ☐ 35 - 44 J. ☐ 45 - 54 J. ☐ über 55

► **Ihr beruflicher Bezug zum Thema**

- B1** Ich fühle mich über das Thema häusliche Gewalt/Gewalt in der Familie gut informiert.
 trifft nicht zu 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ trifft genau zu
- B2** Hatten Sie während Ihrer Tätigkeit im vergangenen Jahr Kontakt mit Patienten, die häusliche Gewalt/ Gewalt in der Familie (körperliche, sexuelle und psychische Gewalt) erlebt haben? Schätzen Sie bitte die Häufigkeit!
☐ kein Kontakt ☐ unter 2 % ☐ 2 % bis 10 % ☐ 10 % bis 20 % ☐ 20 % bis 30 % ☐ über 30 %
- B3** Wenn ich den Verdacht habe, eine Patientin hat häusliche Gewalt/Gewalt in der Familie erlebt, spreche ich sie darauf an.
☐ eher ja ☐ eher nein
- B4** Welche Schwierigkeiten sehen Sie in Ihrer beruflichen Praxis, Patienten auf das Thema häusliche Gewalt anzusprechen? (Bitte wählen sie die für Sie wesentlichen Hauptaspekte aus.)
☐ Häusliche Gewalt ist eine Familienangelegenheit.
☐ Ich bin nicht der richtige Ansprechpartner:
☐ Mir fehlen Informationen, an wen die Betroffenen weiter verwiesen werden können.
☐ Der mutmaßliche Täter ist auch bei mir in Behandlung.
☐ Ich habe Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Betroffenen.
☐ Ich vermute, dass die Patientin nicht angesprochen werden will.
☐ Es besteht die Gefahr, dass ich damit unvorhersehbare Folgen auslöse (z.B. Retraumatisierung).
☐ Zeitmangel
☐ Ich befürchte rechtliche Konsequenzen.
☐ Ich fürchte um meine eigene Sicherheit und die meiner Mitarbeiter/Kollegen.
☐ Es gibt sprachliche Barrieren.
☐ Sonstiges:.....
- B5** Wenn ich den Verdacht habe, eine Patientin hat häusliche Gewalt/Gewalt in der Familie erlebt, bin ich mit meinen Möglichkeiten als Helfer/in ...
☐ sehr zufrieden ☐ eher zufrieden ☐ eher unzufrieden ☐ sehr unzufrieden

► **Reagieren und intervenieren – Relevanz möglicher Interventionen**

C1 Sie haben den Verdacht, dass ein Kind Opfer von Gewalt in der Familie ist. Welche Reaktionen halten Sie für sinnvoll /nicht sinnvoll und für Sie machbar/nicht machbar?
Bitte beantworten Sie jede Frage und treffen Sie jeweils zwei Entscheidungen!

	sinnvoll	nicht sinnvoll	weiß nicht	machbar	nicht machbar
dem Kind gegenüber Verständnis signalisieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eltern im Beisein des Kindes direkt mit dem Verdacht konfrontieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vertrauliches Gespräch in ruhiger Atmosphäre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dem Kind vermitteln, dass Problemlage erkannt wurde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
detaillierte Befunddokumentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beteiligung von Vertrauenspersonen am Gespräch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ganzkörperuntersuchung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gespräch mit Sorgeberechtigten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polizei informieren/Anzeige erstatten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hilfen für den Notfall anbieten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meldung beim Jugendamt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Folgetermine vereinbaren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankenhauseinweisung einleiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weitere Fachkraft hinzuziehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schutzmaßnahmen mit dem Kind besprechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C2 Sie haben den Verdacht, eine erwachsene Patientin hat häusliche Gewalt erlebt. Welche Reaktionen halten Sie für sinnvoll/ nicht sinnvoll und für Sie machbar/nicht machbar?
Bitte beantworten Sie jede Frage und treffen Sie jeweils zwei Entscheidungen!

	sinnvoll	nicht sinnvoll	weiß nicht	machbar	nicht machbar
Hilfsbereitschaft signalisieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abklären, ob Kinder gefährdet sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hilfe für beteiligte Kinder einleiten, ggf. Jugendamt informieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sedierende Medikation anbieten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thematik offen ansprechen/konkrete Fragen stellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schutzmaßnahmen besprechen (Schutzhaus, Wegweisung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verweisung an den sozialpsychiatrischen Dienst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vertrauliches Gespräch in ruhiger Atmosphäre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
detaillierte Befunddokumentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beteiligung von Vertrauenspersonen am Gespräch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ganzkörperuntersuchung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gespräch mit dem Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polizei informieren/Anzeige erstatten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hilfen für den Notfall anbieten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vermittlung an spezielle Beratungsstelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Folgetermine vereinbaren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

► **Fakten zu häuslicher Gewalt/Gewalt in der Familie**

D1 Wie hoch schätzen Sie den Anteil der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland, der körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch aktuelle oder frühere Beziehungspartner erlebt hat?

Frauen: ☐ unter 2 % ☐ 2 % bis 10 % ☐ 10 % bis 20 % ☐ 20 % bis 30 % ☐ über 30 %
 Männer: ☐ unter 2 % ☐ 2 % bis 10 % ☐ 10 % bis 20 % ☐ 20 % bis 30 % ☐ über 30 %

► **Informationsmöglichkeiten und Arbeitshilfen**

E1 Zum Thema häusliche Gewalt/Gewalt in der Familie existieren verschiedene Arbeitshilfen und Informationsmöglichkeiten. Welche davon kennen Sie und welche nutzen Sie in Ihrer Arbeit?

	ja	nein	nutze ich	nutze ich nicht
Der Sächsische Leitfaden der Landesärztekammer zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt ist mir bekannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja: Die einzelnen Punkte des Dokumentationsbogens (des Leitfadens) sind problemlos auszufüllen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den Leitfaden „Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger“ der Sächsischen Landesärztekammer kenne ich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kenne die Datenbank www.traumanetz-sachsen.de , die Beratungs- und Behandlungsangebote für Opfer beinhaltet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich lege Informationsmaterialien von Beratungsstellen etc. zum Thema häusliche Gewalt in meinen Praxisräumen aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E2 Folgende Einrichtungen/Institutionen arbeiten mit dem Thema häusliche Gewalt/Gewalt in der Familie. Welche davon sind Ihnen bekannt, mit welchen hatten Sie jemals Kontakt?

Einrichtung/Institution	bekannt		Kein kontakt	Kontaktzufriedenheit	
	ja	nein		ja	nein
D.I.K. (Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Dresden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traumaambulanz am Universitätsklinikum Dresden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinderschutzbund Dresden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A.U.S.W.E.G.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opferhilfe Sachsen e.V.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weißer Ring e.V.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychosozialer Krisendienst der Landeshauptstadt Dresden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinder- und Jugendnotdienst der Landeshauptstadt Dresden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frauenschutzhaus Dresden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anonyme Zuflucht für Mädchen und junge Frauen Dresden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Täterberatungsstelle „Escape“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E3 Würden Sie an einer Fortbildung zum Thema häuslicher Gewalt teilnehmen?

☐ ja

☐ nein

E4 Haben Sie in den letzten fünf Jahren bereits Fortbildungen zum Thema absolviert?

☐ ja

☐ nein

E5 Welche Aspekte oder Angebote in einer solchen Fortbildung halten Sie für wichtig?

	wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
Hintergrundinformationen/wissenschaftliches Material (Ausmaß, Formen und Gesundheitsfolgen etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Handlungsanleitungen zur Vorgehensweise bei Verdacht oder Gewissheit auf häusliche Gewalt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hinweise bzw. Schulung zur Gesprächsführung mit Betroffenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Handlungsanleitungen zur gerichtsverwertbaren Dokumentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationen zu rechtlichen Aspekten (Schweigepflicht, Gewaltschutzgesetz etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationen über Beratungsstellen/Zufluchtseinrichtungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hinweise zur Abklärung des aktuellen Schutzbedürfnisses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Initiierung von Kooperationen/Vernetzung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E6 Welche Zeitdauer hätte eine für Sie ideale Fortbildung?

☐ 0,5 bis 1 Stunde(n)

☐ bis zu 2 Stunden

☐ bis zu 4 Stunden

☐ ganztägig

☐ Sonstiges:

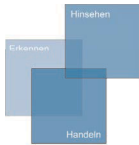
E7 Haben Sie andere Anmerkungen oder Fragen zum Thema?

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen ungeknickt in den Rücksendeumschlag und geben Sie diesen in die Hauspost!

Herzlichen Dank für Ihre Angaben!

Anhang B

Anschreiben und Fragebogen Re-Befragung Fachkräfte im Gesundheitswesen Dresden-Chemnitz 2010



Dresden, den 02.09.2010

Häusliche Gewalt und Medizin - Ihre Meinung zählt!



Sehr geehrte Kolleginnen und sehr geehrte Kollegen,

Opfer häuslicher Gewalt suchen und finden öfter als vermutet den Weg zu medizinischen Diensten. Ärzte, Schwestern und Pfleger sind oftmals erste und leider meist einzige Ansprechpartner, wenn es darum geht, Erlebtes zu beschreiben, Verletzungen zu zeigen und Mut zu schöpfen.

Im Jahr 2009 und 2010 haben wir für medizinische Fachkräfte eine Reihe von Schulungsveranstaltungen zum Thema „häusliche Gewalt“ durchgeführt. Ihre Erlebnisse, Ideen und Probleme aus der ersten Befragung zu diesem Thema (im Frühjahr 2009) waren dabei Grundlage, um die Fortbildungen bedarfsgerecht an den medizinischen Alltag anzupassen.

Im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz führen wir zum Abschluss des **Modellprojektes „Hinsehen-Erkennen-Handeln“** in allen Bereichen des Gesundheitswesens eine zweite Befragung zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt durch.

Wir möchten wissen, wie gut das Projekt Sie erreicht hat, ob es Ihnen genutzt hat und welche Veränderungsvorschläge bzw. Anregungen Sie haben.

Wir bitten Sie, auch wenn Sie an der ersten Befragung nicht teilgenommen haben, beiliegenden Fragebogen auszufüllen. Dies wird etwa 10 Minuten in Anspruch nehmen. Ihre Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig. Alle Angaben werden pseudonymisiert und vertraulich behandelt (gemäß § 36 Sächsisches Datenschutzgesetz Abs. 2). Die Unterlagen werden nach der Auswertung datenschutzgerecht vernichtet bzw. gelöscht.

Durch Ihre Mitwirkung helfen Sie uns, die Projektarbeit zu beurteilen und Ideen zu sammeln, wie dieses sensible Thema auch zukünftig besser in den ärztlichen Alltag integriert werden kann.

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigefügten Rückumschlag und geben Sie diesen bis zum XX. Oktober 2010 in die Post.

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft und Unterstützung!

Dr. med. univ. Julia Schellong

Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
des Universitätsklinikums Dresden

Priv. Doz. Dr. med. Christine Erfurt

Institut für Rechtsmedizin
der medizinischen Fakultät der TU Dresden

gefördert und unterstützt durch:

STAATSMINISTERIUM
FÜR SOZIALES UND
VERBRAUCHERSCHUTZ



Freistaat
SACHSEN





Gewalt im sozialen Nahraum, der eigentlich Schutz, Vertrauen und Geborgenheit bieten sollte, zu erleben, stellt eine besondere Belastung dar, die die Gesundheit eines Menschen stark beeinträchtigen kann.

Häusliche Gewalt bezeichnet Gewalt, die zwischen erwachsenen Personen geschieht, die durch intime oder verwandtschaftliche Beziehungen miteinander verbunden sind.

Gewalt in der Familie bezeichnet darüber hinaus Gewalt von der auch Kinder direkt betroffen sind.

Häusliche Gewalt und Gewalt in der Familie sind in der Regel keine einmaligen Taten, sondern bestehen aus einem komplexen System gewalttätiger Handlungen und Verhaltensweisen. In der Literatur (z.B. Egger et al., 1997) werden die vielfältigen Formen der Gewalt in fünf Typen zusammengefasst:

1. Körperliche Gewalt wie Schläge, Tritte, Würgen, tätliche Angriffe bis hin zu Tötungsdelikten
2. Sexualisierte Gewalt z.B. das Erzwingen von sexuellen Handlungen, Zwang zur Prostitution
3. Psychische Gewalt wie Bedrohen, Beleidigen, Einschüchtern, Demütigen, Essensentzug
4. Ökonomische Gewalt z.B. Arbeitsverbot, Zwang zur Arbeit, alleinige Verfügung über die Finanzen durch den Partner
5. Soziale Gewalt z.B. das Bestreben, jemanden zu isolieren, Kontrolle und Verbot von Kontakten, Einsperren.

Wie sehen Sie das Problem in Ihrer täglichen Arbeit?

Noch ein Hinweis:

Zu Gunsten der besseren Lesbarkeit haben wir in der Befragung die weibliche Schreibform verwendet. Männliche Patienten sind in allen Texten gleichfalls gemeint.

Die wesentlichen Ergebnisse der ersten Befragung finden Sie bereits jetzt, die der zweiten Befragung baldmöglichst auf unserer Internetseite unter www.hinsehen-erkennen-handeln.de.

Postadresse:
TU Dresden,
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus
Fetscherstr. 74
01307 Dresden

Ansprechpartner:
Franziska Eppler
Telefon: 0351/ 458 15925
Mail: Franziska.Eppler@uniklinikum-dresden.de
www.hinsehen-erkennen-handeln.de

► **Angaben zur Person und zum Beruf**

- A1** Welcher Berufsgruppe gehören Sie an? ☐ Arzt / Ärztin ☐ Pflegepersonal ☐ Hebamme
☐ Psychologe / Psychologin
☐ Sonstiges:
- A2** In welcher Fachrichtung sind Sie tätig?
- A3** Wie viele Patienten behandeln Sie in etwa täglich? ☐ unter 5 ☐ 6 bis 30 ☐ 31 bis 50 ☐ über 50
- A4** Bitte geben Sie die Jahre Ihrer Berufserfahrung an: ☐ bis 5 Jahre ☐ 6-10 Jahre ☐ 10-20 Jahre ☐ über 20
- A5** In welchem Versorgungs-Setting sind Sie tätig? ☐ ambulant ☐ stationär / teilstationär
- A6** Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an: ☐ weiblich ☐ männlich
- A7** Ihr Alter liegt im Bereich: ☐ bis 24 J. ☐ 25 - 34 J. ☐ 35 - 44 J. ☐ 45 - 54 J. ☐ über 55

► **Ihr beruflicher Bezug zum Thema**

- B1** Ich fühle mich über das Thema häusliche Gewalt/Gewalt in der Familie gut informiert.
 trifft nicht zu 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ trifft genau zu
- B2** Hatten Sie während Ihrer Tätigkeit im vergangenen Jahr Kontakt mit Patienten, die häusliche Gewalt/ Gewalt in der Familie (körperliche, sexuelle und psychische Gewalt) erlebt haben? Schätzen Sie bitte die Häufigkeit!
☐ kein Kontakt ☐ unter 2 % ☐ 2 % bis 10 % ☐ 10 % bis 20 % ☐ 20 % bis 30 % ☐ über 30 %
- B3** Wenn ich den Verdacht habe, eine Patientin hat häusliche Gewalt/Gewalt in der Familie erlebt, spreche ich sie darauf an.
☐ eher ja ☐ eher nein
- B4** Welche Schwierigkeiten sehen Sie in Ihrer beruflichen Praxis, Patienten auf das Thema häusliche Gewalt anzusprechen? (Bitte wählen sie die für Sie wesentlichen Hauptaspekte aus.)
☐ Häusliche Gewalt ist eine Familienangelegenheit.
☐ Ich bin nicht der richtige Ansprechpartner:
☐ Mir fehlen Informationen, an wen die Betroffenen weiter verwiesen werden können.
☐ Der mutmaßliche Täter ist auch bei mir in Behandlung.
☐ Ich habe Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Betroffenen.
☐ Ich vermute, dass die Patientin nicht angesprochen werden will.
☐ Es besteht die Gefahr, dass ich damit unvorhersehbare Folgen auslöse (z.B. Retraumatisierung).
☐ Zeitmangel
☐ Ich befürchte rechtliche Konsequenzen.
☐ Ich fürchte um meine eigene Sicherheit und die meiner Mitarbeiter/Kollegen.
☐ Es gibt sprachliche Barrieren.
☐ Sonstiges:.....
- B5** Wenn ich den Verdacht habe, eine Patientin hat häusliche Gewalt/Gewalt in der Familie erlebt, bin ich mit meinen Möglichkeiten als Helfer/in ...
☐ sehr zufrieden ☐ eher zufrieden ☐ eher unzufrieden ☐ sehr unzufrieden

► **Reagieren und intervenieren – Relevanz möglicher Interventionen**

C1 Sie haben den Verdacht, dass ein Kind Opfer von Gewalt in der Familie ist. Welche Reaktionen halten Sie für sinnvoll und machbar, sinnvoll aber nicht machbar oder nicht für sinnvoll?

Bitte entscheiden sich jeweils für eine Antwortmöglichkeit!

	sinnvoll und machbar	sinnvoll aber nicht machbar	nicht sinnvoll	weiß nicht
dem Kind gegenüber Verständnis signalisieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eltern im Beisein des Kindes direkt mit dem Verdacht konfrontieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vertrauliches Gespräch in ruhiger Atmosphäre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dem Kind vermitteln, dass Problemlage erkannt wurde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
detaillierte Befunddokumentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beteiligung von Vertrauenspersonen am Gespräch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ganzkörperuntersuchung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gespräch mit Sorgeberechtigten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polizei informieren/Anzeige erstatten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hilfen für den Notfall anbieten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meldung beim Jugendamt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Folgetermine vereinbaren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankenhauseinweisung einleiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weitere Fachkraft hinzuziehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schutzmaßnahmen mit dem Kind besprechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C2 Sie haben den Verdacht, eine erwachsene Patientin hat häusliche Gewalt erlebt. Welche Reaktionen halten Sie für sinnvoll und machbar, sinnvoll aber nicht machbar oder nicht für sinnvoll?

Bitte entscheiden sich jeweils für eine Antwortmöglichkeit!

	sinnvoll und machbar	sinnvoll aber nicht machbar	nicht sinnvoll	weiß nicht
Hilfsbereitschaft signalisieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abklären, ob Kinder gefährdet sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hilfe für beteiligte Kinder einleiten, ggf. Jugendamt informieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sedierende Medikation anbieten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thematik offen ansprechen/konkrete Fragen stellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schutzmaßnahmen besprechen (Schutzhaus, Wegweisung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verweisung an den sozialpsychiatrischen Dienst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vertrauliches Gespräch in ruhiger Atmosphäre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
detaillierte Befunddokumentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beteiligung von Vertrauenspersonen am Gespräch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ganzkörperuntersuchung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gespräch mit dem Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polizei informieren/Anzeige erstatten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hilfen für den Notfall anbieten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vermittlung an spezielle Beratungsstelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Folgetermine vereinbaren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

► **Fakten zu häuslicher Gewalt/Gewalt in der Familie**

D1 Wie hoch schätzen Sie den Anteil der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland, der körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch aktuelle oder frühere Beziehungspartner erlebt hat?

Frauen: ☐ unter 2 % ☐ 2 % bis 10 % ☐ 10 % bis 20 % ☐ 20 % bis 30 % ☐ über 30 %
 Männer: ☐ unter 2 % ☐ 2 % bis 10 % ☐ 10 % bis 20 % ☐ 20 % bis 30 % ☐ über 30 %

► **Informationsmöglichkeiten und Arbeitshilfen**

E1 Zum Thema häusliche Gewalt/Gewalt in der Familie existieren verschiedene Arbeitshilfen und Informationsmöglichkeiten. Welche davon kennen Sie und welche nutzen Sie in Ihrer Arbeit?

	ja	nein	nutze ich	nutze ich nicht
Der Sächsische Leitfaden der Landesärztekammer zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt ist mir bekannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja: Die einzelnen Punkte des Dokumentationsbogens (des Leitfadens) sind problemlos auszufüllen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den Leitfaden „Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger“ der Sächsischen Landesärztekammer kenne ich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kenne die Datenbank www.traumanetz-sachsen.de , die Beratungs- und Behandlungsangebote für Opfer beinhaltet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich lege Informationsmaterialien von Beratungsstellen etc. zum Thema häusliche Gewalt in meinen Praxisräumen aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E2 Folgende Einrichtungen/Institutionen arbeiten mit dem Thema häusliche Gewalt/Gewalt in der Familie. Welche davon sind Ihnen bekannt, mit welchen hatten Sie jemals Kontakt?

Einrichtung/Institution	bekannt		Kein kontakt	Kontaktzufriedenheit	
	ja	nein		ja	nein
D.I.K. (Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Dresden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traumaambulanz am Universitätsklinikum Dresden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinderschutzbund Dresden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A.U.S.W.E.G.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opferhilfe Sachsen e.V.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weißer Ring e.V.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychosozialer Krisendienst der Landeshauptstadt Dresden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinder- und Jugendnotdienst der Landeshauptstadt Dresden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frauenschutzhaus Dresden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anonyme Zuflucht für Mädchen und junge Frauen Dresden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Täterberatungsstelle „Escape“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

► **Bekanntheit des Modellprojektes „Hinsehen-Erkennen-Handeln“**

K1 Haben Sie von dem Modellprojekt „Hinsehen-Erkennen-Handeln“ (zur Sensibilisierung und Qualifizierung medizinischer Fachkräfte für das Thema Häusliche Gewalt/Gewalt in der Familie) gehört?

☐ ja

☐ nein

K2 Kennen Sie die Homepage www.hinsehen-erkennen-handeln.de?

☐ ja

☐ nein

K3 Haben Sie an einer Veranstaltung des Projektes (beispielsweise Vortrag bei einem Ärztestammtisch, klinikinterne Fortbildung, Fortbildungstag) teilgenommen?

☐ ja

Wenn ja:

K3.1 Waren Sie mit der Veranstaltung zufrieden?

☐ eher ja

☐ eher nein

K3.2 Können Sie das Gehörte in Ihrer Arbeit anwenden?

☐ eher ja

☐ eher nein

Wenn eher nein: Warum nicht?

K3.3 Verwenden Sie die verteilten Arbeitsmaterialien?

Ärzteleitfaden

☐ ja

☐ nein

Opferkärtchen

☐ ja

☐ nein

Dokumentationsbogen

☐ ja

☐ nein

☐ nein

Wenn nein:

K3.4 Warum nicht? (Mehrfachantworten möglich)

☐ Mir war das Angebot nicht bekannt.

☐ Das Thema häusliche Gewalt betrifft mich in meiner Arbeit nicht.

☐ Mir fehlte die Zeit.

☐ Zu dem Thema habe ich bereits (eine) Fortbildung(en) absolviert.

☐ Ich möchte mich mit dem Thema nicht beschäftigen.

☐ _____

K4 Haben Sie andere Anmerkungen oder Fragen zum Thema?

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den Rücksendeumschlag und geben Sie diesen in die Post!
Herzlichen Dank für Ihre Angaben!

Anhang C

Anschreiben und Fragebogen Befragung (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte in Sachsen 2015

Dresden, den 20.10.2015

Sehr geehrte Kolleginnen und sehr geehrte Kollegen,

Gewalt macht krank - körperlich und seelisch. Jede dritte bis fünfte Frau wird Opfer *häuslicher Gewalt*.

Häusliche Gewalt bezeichnet gewalttätige Übergriffe innerhalb einer aktuellen, sich auflösenden und aufgelösten partnerschaftlichen Beziehung oder zwischen erwachsenen Personen, die in einem Angehörigenverhältnis zueinander stehen und/oder in einem Haushalt leben (z. B. Gewalt gegenüber Ehepartnern, pflegebedürftigen Angehörigen) auch unabhängig vom Ort des Geschehens (Hornberg et al., 2008)

Viele Opfer häuslicher Gewalt wenden sich an ÄrztInnen und ZahnärztInnen aller Fachgebiete, ohne ihnen die Ursache ihres Leidens zu nennen. Dies bedeutet, dass ÄrztInnen und ZahnärztInnen eine Schlüsselfunktion im Erkennen der Gewalt als Ursache zukommt—und in der Weitervermittlung an spezialisierte Hilfesysteme zur Bekämpfung häuslicher Gewalt.

Mit unserer Befragung möchten wir erfassen, wie ÄrztInnen und ZahnärztInnen den Umgang mit von häuslicher Gewalt betroffenen Patienten gestalten, wie sie in Hilfenetzwerke zur Bekämpfung häuslicher Gewalt eingebunden sind und welche Anliegen bzgl. Handlungsanleitungen und Fortbildungen für eine verbesserte medizinische und psychosoziale Versorgung dieser Patienten bestehen.

Unsere Befragung findet im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz und in Kooperation mit der Sächsischen Landesärztekammer und der Landes Zahnärztekammer Sachsen statt.

Die Beantwortung der Fragen wird etwa zehn Minuten in Anspruch nehmen—wir möchten Sie sehr herzlich um Ihre Teilnahme bitten.

Hierzu bestehen zwei Möglichkeiten:

- 1) Sie füllen beiliegenden Fragebogen aus und senden diesen im bereits frankierten Rücksendeumschlag zurück. **Rücksendeschluss:**
- 2) Sie haben ebenfalls die Möglichkeit, den Fragebogen im Onlineverfahren unter <http://ww3.unipark.de/uc/hg-sachsen/> auszufüllen.

Teilnahmeschluss:

Ihre Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig. Alle Angaben werden pseudonymisiert in Kooperation mit der Sächsischen Landesärztekammer und Landes Zahnärztekammer Sachsen erhoben und vertraulich behandelt (gemäß § 36 Sächsisches Datenschutzgesetz Abs.2). Die Unterlagen werden nach der Auswertung datenschutzgerecht vernichtet.

Vielen Dank für Ihre Teilnahmebereitschaft und Unterstützung!



Dr. med. univ. Julia Schellong
Projektleiterin
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Kontakt:

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Klinik u. Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik
Projekt „Häusliche Gewalt“
Ansprechpartner: Dipl.-Psych. Patrick Lorenz
Email: Patrick.Lorenz@uniklinikum-dresden.de
Telefon: 0351-458 18647



Häusliche Gewalt als Gesundheitsrisiko und Thema im ärztlichen und zahnärztlichen Berufsalltag

Häusliche Gewalt: gewalttätige Übergriffe innerhalb einer aktuellen, sich auflösenden oder aufgelösten partnerschaftlichen Beziehung oder zwischen erwachsenen Personen, die in einem Angehörigenverhältnis zueinander stehen und/oder in einem Haushalt leben (z. B. Gewalt gegenüber Ehepartnern, zu pflegenden Angehörigen); auch unabhängig vom Ort des Geschehens*

Familiäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche: von Familienangehörigen an Kindern und Jugendlichen (<18 Jahre) verübte Gewalt (körperlich, sexuell, psychisch)

- (1) Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ anderes
- (2) Alter (in Jahren): _____
- (3) Postleitzahl Arbeitsort: _____
- (4) Berufsgruppe: ☐ Fachärztin/Facharzt ☐ Ärztin/Arzt in Weiterbildung
☐ Zahnärztin/Zahnarzt ☐ andere: _____
- (5) Fachrichtung(en): _____
- (6) Patientenkontakte pro Tag: ☐ ≤5 ☐ 6-30 ☐ 31-50 ☐ >50
- (7) Berufserfahrung (in Jahren): ☐ <5 ☐ 5-10 ☐ 10-20 ☐ >20
- (8) Versorgungsform: ☐ stationär ☐ teilstationär ☐ ambulant ☐ andere: _____

- (9) Ich fühle mich über das Thema häusliche Gewalt gut informiert.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
stimme voll und ganz zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme gar nicht zu

- (10) Hatten Sie im letzten Jahr beruflichen Kontakt zu erwachsenen Patient_innen, die von häuslicher Gewalt (körperlich, sexuell, psychisch) betroffen gewesen sind? Bitte schätzen Sie die Häufigkeit!

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
keinen Kontakt	<2%	2%-10%	10%-20%	20%-30%	>30%

- (11) Hatten Sie im letzten Jahr beruflichen Kontakt zu minderjährigen Patient_innen, die von familiärer Gewalt gegen Kinder und Jugendliche (körperlich, sexuell, psychisch) betroffen gewesen sind? Bitte schätzen Sie die Häufigkeit!

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
keinen Kontakt	<2%	2%-10%	10%-20%	20%-30%	>30%

- (12) Wie hoch schätzen Sie den Anteil der erwachsenen Menschen in Deutschland, die jedemals häusliche Gewalt (körperlich, sexuell, psychisch) erlebt haben?

Frauen					
körperlich und/oder sexuell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
psychisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Männer					
körperlich und/oder sexuell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
psychisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- (13) Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland, die jedemals Zeugen häuslicher Gewalt geworden sind, d. h. Gewalt (körperlich, sexuell, psychisch) zwischen erwachsenen Bezugspersonen beobachteten?

körperlich und/oder sexuell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
psychisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- (14) Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland, die jedemals selbst körperlicher, sexueller oder psychischer Gewalt durch erwachsene Bezugspersonen ausgesetzt waren?

körperlich und/oder sexuell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
psychisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Quelle: Hornberg C., Schröttle M., Böhne S., Khelaifat N., Pauli A. (2008). Gesundheitliche Folgen von Gewalt – Unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Robert Koch-Institut, Heft 42.

(15) Wenn Sie den Verdacht haben, dass ein_e Patient_in von häuslicher Gewalt betroffen ist, sprechen Sie ihn_sie darauf an?

<input type="radio"/> immer	<input type="radio"/> oft	<input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> nie
-----------------------------	---------------------------	------------------------------------	------------------------------	---------------------------

(16) Bitte beantworten Sie, wie zufrieden Sie sind mit ...

	sehr zufrieden	zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
Ihren Möglichkeiten, an Einrichtungen, die Betroffene von häuslicher Gewalt unterstützen, zu vermitteln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
der Kooperation mit Hilfenetzwerken für Betroffene häuslicher Gewalt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten für Gewaltbetroffene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
der Verfügbarkeit von Informationen zum Thema häusliche Gewalt in Medien und Gesundheitseinrichtungen (Fachzeitschriften, Internet etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veranstaltungsangeboten für Fachkräfte im Gesundheitswesen zum Thema häusliche Gewalt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
speziellen Schulungen, z. B. zu gesetzlichen Regelungen im Umgang mit häuslicher Gewalt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insgesamt bin ich mit meinen Möglichkeiten, von häuslicher Gewalt Betroffenen zu helfen ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(17) Welche wesentlichen Schwierigkeiten sehen Sie in Ihrem beruflichen Alltag, Patient_innen auf das Thema häusliche Gewalt anzusprechen? Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Ich möchte mich nicht in Familienangelegenheiten einmischen.
- ☐ Mir fehlen Informationen darüber, an welche Stellen ich den_die Patienten_in weiterleiten kann.
- ☐ Der_die mutmaßliche Täter_in ist auch bei mir in Behandlung.
- ☐ Ich habe Zweifel an der Glaubhaftigkeit des_der Betroffenen.
- ☐ Ich vermute, dass der_die Patient_in nicht angesprochen werden möchte.
- ☐ Ich bin besorgt, dass ich die Grenzen des_der Patienten_in überschreite.
- ☐ Es besteht die Gefahr, damit unvorhersehbare Folgen auszulösen (z. B. Retraumatisierung).
- ☐ Im beruflichen Alltag fehlt mir die Zeit, dieses Thema mit meinen Patient_innen zu besprechen.
- ☐ Ich bin unsicher bezüglich rechtlicher Regelungen (z. B. Gewaltschutzgesetz).
- ☐ Ich fürchte um meine eigene Sicherheit und die meiner Mitarbeiter_innen oder Kolleg_innen.
- ☐ Ich fühle mich unsicher im Umgang mit Patient_innen (z. B. hinsichtlich Gesprächsführung und Dokumentation).
- ☐ Es gibt sprachliche Barrieren.
- ☐ Ich habe keine Schwierigkeiten, Patient_innen auf das Thema häusliche Gewalt anzusprechen.
- ☐ Sonstiges: _____

(18) Haben Sie Interesse an Fortbildungen zu den folgenden Themen?

<u>Häusliche Gewalt</u> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<u>Familiäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche</u> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--	---

(19) Haben Sie in den genannten Zeiträumen an Fortbildungen zu den folgenden Themen teilgenommen?

<u>Häusliche Gewalt</u> <input type="checkbox"/> ja, 2005-2010 <input type="checkbox"/> ja, 2011-2015 <input type="checkbox"/> nein	<u>Familiäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche</u> <input type="checkbox"/> ja, 2005-2010 <input type="checkbox"/> ja, 2011-2015 <input type="checkbox"/> nein
--	---

(20) Welchen Zeitraum wollen Sie in Zukunft jährlich für eine Fortbildung zu diesen Themen aufwenden?

<input type="radio"/> keinen	<input type="radio"/> 0,5 bis 1 Stunde(n)	<input type="radio"/> bis zu 2 Stunden	<input type="radio"/> bis zu 4 Stunden	<input type="radio"/> ganztägig
------------------------------	---	--	--	---------------------------------

(21) Zu den Themen häusliche Gewalt und Gewalt gegen Kinder und Jugendliche existieren verschiedene Arbeitshilfen und Informationsmöglichkeiten. Welche sind Ihnen bekannt und werden von Ihnen genutzt?

	bekannt/ nutze ich	bekannt/ nutze ich nicht	unbekannt
<i>Zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt – Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte in Sachsen</i> des Freistaates Sachsen und der Sächsischen Landesärztekammer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Dokumentationsbogen bei Häuslicher Gewalt</i> in „Zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt – Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte in Sachsen“, erarbeitet im Modellprojekt Hinsehen-Erkennen-Handeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Zahnärztliche Dokumentation bei interpersoneller Gewalt</i> , Dokumentationsbogen erhältlich bei der Bundeszahnärztekammer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderweitige standardisierte Dokumentationsbögen zur Dokumentation von Zeichen häuslicher Gewalt Falls bekannt: Name des Bogens: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
WHO-Leitlinien zum <i>Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falls bekannt: Darin empfohlene Prinzipien der Ersthilfe im Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt („LIVES“: Listen, Inquire about needs and concerns, Validate, Enhance safety, Support)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachkräfteportal für Mediziner und Fachkräfte im Gesundheitswesen www.hinsehen-erkennen-handeln.de	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bundesweites Hilfetelefon <i>Gewalt gegen Frauen</i> (08000 116016)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Dokumentationsbogen Akutvorstellung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung</i> der AG-KIM (Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin e. V.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leitfaden <i>Gewalt gegen Kinder – Misshandlung Minderjähriger</i> der Sächsischen Landesärztekammer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationsmaterialien lokaler Organisationen zum Thema häusliche Gewalt für Patient_innen (Landespräventionsrat Sachsen, Beratungsstellen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(22) Welche der folgenden Schutz- und Beratungseinrichtungen zur Bekämpfung häuslicher Gewalt sind Ihnen bekannt und zu welchen hatten Sie beruflichen Kontakt?

	bekannt/ Kontakt	bekannt/ kein Kontakt	unbekannt
Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Dresden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Praxis für Rechtsmedizin/Verkehrsmedizin Leipzig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gewaltopferambulanz des Instituts für Rechtsmedizin, Universität Leipzig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gewaltopferambulanz des Instituts für Rechtsmedizin, Universität Leipzig, Außenstelle Chemnitz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt Oberlausitz-Niederschlesien, Bautzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interventions- und Koordinierungsstelle zur Bekämpfung häuslicher Gewalt Chemnitz (IKOS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle (D.I.K.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	bekannt/ Kontakt	bekannt/ kein Kontakt	unbekannt
Koordinierungs- und Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt des Wegweiser e. V., Grimma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koordinierungs- und Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt und Stalking KIS, Leipzig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratungs- und Interventionsstelle Sozialdienst Katholischer Frauen e. V., Radebeul	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interventions- und Koordinierungsstelle Zwickau Wildwasser Zwickauer Land e. V.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Täterberatungsstelle ESCAPE, Dresden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Täterberatungsstelle Handschlag, Chemnitz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sozialer Trainingskurs für gewaltbereite Männer im sozialen Nahraum, Verein für Straffälligenhilfe Görlitz e. V.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratungsstelle zur Täterarbeit TRIADE GbR, Markkleeberg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frauenschutzeinrichtung (z. B. Frauenschutzhaus) in Ihrer Region	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Männersprechstunde der Opferhilfe Sachsen e. V.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(23) Bitte nehmen Sie nun den beiliegenden Dokumentationsbogen bei häuslicher Gewalt zur Hand und schätzen Sie folgende Aussagen zur Handhabbarkeit des Bogens ein.

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme über- haupt nicht zu
Der zeitliche Umfang, der zum Ausfüllen des Dokumentationsbogens benötigt wird, ist in meinen beruflichen Alltag integrierbar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Dokumentationsbogen ist gut verständlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Dokumentationsbogen beinhaltet alle wesentlichen Aspekte, die bei der Dokumentation häuslicher Gewalt beachtet werden sollten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Dokumentationsbogen erleichtert die systematische Erfassung von Zeichen häuslicher Gewalt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die abgebildeten Körperschemata erleichtern die Erfassung körperlicher Verletzungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die angegebenen Stichwörter sind hilfreich, um Aspekte häuslicher Gewalt zu dokumentieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(24) Haben Sie weitere Anmerkungen zum Thema häusliche Gewalt, zu diesem Fragebogen oder zu dem beigefügten Dokumentationsbogen?

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Befragung!

Anhang D

Dokumentationsbogen bei Verdacht auf häusliche Gewalt

Dokumentationsbogen bei Häuslicher Gewalt

Patientenangaben:

Name:
Geburtsdatum:
Adresse:

Angaben zum Untersucher:

Name:
Datum:
Uhrzeit:
Ort der Untersuchung:
Anwesende Personen:

Aufklärung zur Untersuchung erfolgt: Ja ☐

Körpergröße: Gewicht: Schwangerschaft: Ja ☐ Nein ☐

Kommunikationsfähigkeit:

Alkoholeinfluss? Dolmetscher?

Geschilderter Hergang

(Möglichst eigene Worte des Opfers.)
Zeitpunkt?
Gegenstände als Waffen?
Körperliche, sexuelle, psychische, ökonomische Gewalt?

Angaben zur Person, die die Verletzungen verursacht haben soll

Momentane Beschwerden

Schmerzen, Schmerzlokalisierung, Bewegungseinschränkung. Funktionseinschränkung (z. B. Heiserkeit, Hörstörung)

Untersuchungsbefunde

Körperlicher Untersuchungsbefund

Verletzungsarten:

A: Schnittwunde **B:** Stichwunde **C:** Bisswunde
D: Schürfwunde **E:** Platzwunde **F:** Hämatom
G: Kratzer **H:** Thermische Wunde **J:** Sonstiges:.....

Verletzungen ins Körperschema eintragen. Ziffern vergeben, Einzelheiten in der Tabelle vermerken. Auch Bagatelverletzungen und Kratzer dokumentieren. Mehrfachnennung möglich (Hämatom mit Kratzer).

Ziffer	Art (s. Kasten)	Größe	Charakteristika (Form, Farbe), Besonderheiten, Schmerz
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Charakteristika/Folgezustände:

a: Blutung **b:** Schwellung **c:** Zahnabbrüche **d:** Formung (Abdrücke) **e:** petechiale Stauungsblutung
f: Fraktur (-verdacht)

Zusätzliche Asservierungen / Untersuchungen

- ☐ Blut ☐ Urin ☐ Abstrich (wo:.....)
- ☐ Röntgen ☐ Sonographie ☐ Sonstiges.....

Erster Eindruck

z. B. Auffälligkeiten im Bewusstsein, aufgelöst, weinend, erregt, ruhig, zurückhaltend, teilnahmslos, Sprachauffälligkeiten,....

Psychische Beschwerden

z. B. Lustlosigkeit, gedrückte Stimmungslage, Antriebsminderung, emotionaler/sozialer Rückzug, Besorgnis, Anspannung, Übererregung, Angstgefühle, massive Ärgerimpulse oder emotionale Taubheit, Amnesien, Konzentrationsstörungen, Wiedererleben der belastenden Situation, unerklärte körperliche Beschwerden,....

Abschluss

- Schutzbedürfnis der Patientin / des Patienten prüfen!

- | | | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|--------------------------------|
| - PatientIn geht | <input type="checkbox"/> nach Hause | <input type="checkbox"/> ins Frauenhaus | <input type="checkbox"/> zu Bekannten | <input type="checkbox"/> |
| - Folgeuntersuchungen vereinbart | <input type="checkbox"/> ja (Termin:.....) | | | <input type="checkbox"/> nein |
| - Überweisung veranlasst | <input type="checkbox"/> ja (wohin:.....) | | | <input type="checkbox"/> nein |
| - PatientIn hat Informationen über lokale Hilfeeinrichtungen erhalten | <input type="checkbox"/> ja | | | <input type="checkbox"/> nein |
| - Vorstellung bei einem Psychotherapeuten erforderlich | <input type="checkbox"/> ja | | | <input type="checkbox"/> nein |
| - Vorstellung bei einem Psychotherapeuten mit PatientIn besprochen | <input type="checkbox"/> ja | | | <input type="checkbox"/> nein |
| - Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt | <input type="checkbox"/> ja | | | bis wann..... |
| - Patientin wurde auf die Schweigepflicht des Untersuchenden hingewiesen. | | | | <input type="checkbox"/> ja |

► Hinweis:

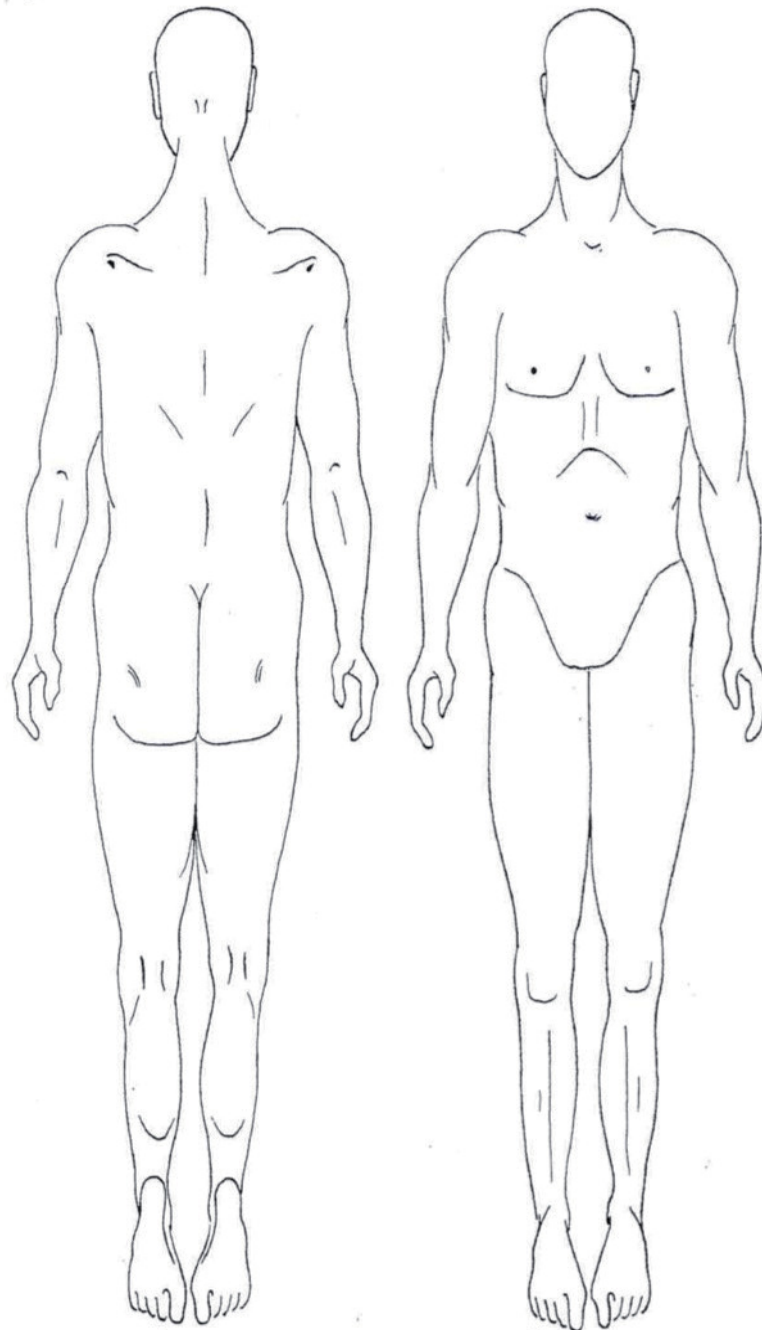
Dieser Bogen unterliegt der gesetzlichen Schweigepflicht und wird in der Praxis/in den persönlichen Krankenunterlagen aufbewahrt. Er darf nur nach vorheriger schriftlicher Einwilligung der Betroffenen an Dritte herausgegeben werden.

Verletzungen hier eintragen, Ziffern vergeben, in der Tabelle (S. 1) Einzelheiten vermerken.

Name:

Untersuchungsdatum:

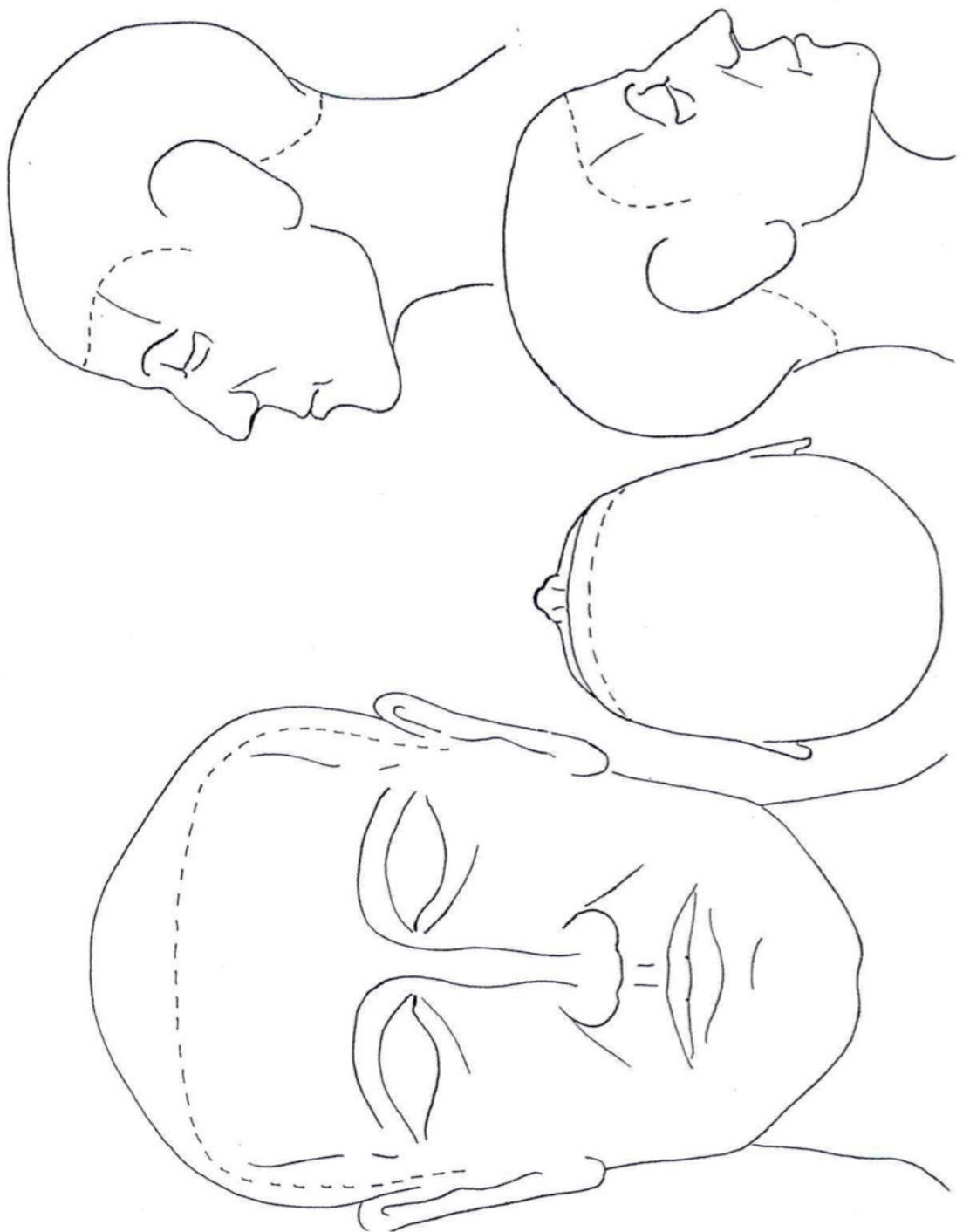
Uhrzeit:



Name:

Untersuchungsdatum:

Uhrzeit:



13 Danksagung

Bei der Auswertung des Materials haben mehrere Kolleginnen und Kollegen mitgewirkt. Insbesondere danke ich Dipl.-Psych. Franziska Eppe, die in dem Projekt „Hinsehen-Erkennen-Handeln. Aktive Hilfe im Gesundheitswesen“ und bei der Auswertung der ersten beiden Befragungen (2009 und 2010) intensiv beteiligt war. Herzlich danke ich auch Erika Kleinen für ihre Mitwirkung bei Antragstellung und erster Auswertung. Zusätzlich haben in der Auswertung der dritten Befragung im Jahr 2015 Dipl.-Psych. Patrick Lorenz und Dr. Gerhard Ritschel und immer wieder auch Caroline Glathe M.A. unterstützt. Besten Dank für die jederzeitige Diskussionsbereitschaft und die persönliche und gedankliche Begleitung.

Die Fragebögen der Befragung im Jahr 2009 und der Re-Befragung im Jahr 2010 entstanden in Zusammenarbeit mit dem Institut für Rechtsmedizin Prof. Christine Erfurt, Dr. Uwe Schmidt, Rechtsanwältin Anke Kübler und Sylvia Belinda Müller von der Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle zur Bekämpfung häuslicher Gewalt. Die Fragebögen der Befragung im Jahr 2015 wurden darauf aufgebaut und in gemeinsamen Diskussionen mit Dipl.-Psych. Franziska Eppe, Dr. Ulrike Böhm und Dr. Gesine Märtens weiterentwickelt. Allen danke ich für die fruchtbare Kooperation.

Frau Prof. Dr. Kerstin Weidner und Junior Professorin Dr. Ilona Croy danke ich für die konstante und wertschätzende Begleitung bei der Erstellung dieser Arbeit.

14 Erklärungen zur Eröffnung des Promotionsverfahrens

Technische Universität Dresden, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus
Promotionsordnung vom 24. Juli 2011

1. Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

2. Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts habe ich Unterstützungsleistungen von folgenden Personen erhalten:

Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner, Jun. Prof. Dr. habil. Ilona Croy, Dipl.-Psych. Franziska Eppe, Erika Kleinen, Dipl.-Psych. Patrick Lorenz, Caroline Glathe M.A., Dr. rer. nat. Gerhard Ritschel

3. Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe eines kommerziellen Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

4. Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

5. Teile der Inhalte dieser Dissertation wurden in folgender Form veröffentlicht:

- *Eppe, F., Croy, I., & Schellong, J. (2011). Häusliche Gewalt bei Patienten–durch medizinische Fachkräfte vermutlich unterschätzt: Eine Vollerhebung bei Dresdner und Chemnitzer niedergelassenen medizinischen Fachkräften und solchen des Dresdner Universitätsklinikums. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 105(6), 452-458.*
- *Schellong, J., Böhm, U., Eppe, F., Lorenz, P., Meyer, F., Strotmann, B., & Mörtens, G. (2016). Maßnahmenkatalog zur Einbindung des Gesundheitswesens in die Hilfenetzwerke zur Bekämpfung häuslicher Gewalt in Sachsen. [aktualisiert am: 2016, Aufruf am: 15.05.2019] URL: <https://www.gleichstellung.sachsen.de/download/Crystal/Ma%C3%9fnahmenkatalog%20h%C3%A4usliche%20Gewalt%20in%20Sachsen.pdf>.*

6. Ich bestätige, dass es keine zurückliegenden erfolglosen Promotionsverfahren gab.

7. Ich bestätige, dass ich die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden anerkenne.

8. Ich habe die Zitierrichtlinien für Dissertationen an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden zur Kenntnis genommen und befolgt.

Dresden, den 15.08.2019



Dr. med. univ. Julia Schellong

15 Erklärung zur Einhaltung rechtlicher Vorschriften

Hiermit bestätige ich die Einhaltung der folgenden aktuellen gesetzlichen Vorgaben im Rahmen meiner Dissertation

- └ das zustimmende Votum der Ethikkommission bei Klinischen Studien, epidemiologischen Untersuchungen mit Personenbezug oder Sachverhalten, die das Medizinproduktegesetz betreffen

Aktenzeichen der zuständigen Ethikkommission:

*EK351122008 (für die Untersuchungen 2009 und 2010)
EK477112015 (für die Untersuchung 2015)*

- └ die Einhaltung der Bestimmungen des Tierschutzgesetzes

Aktenzeichen der Genehmigungsbehörde zum Vorhaben/zur Mitwirkung

nicht zutreffend

- └ die Einhaltung des Gentechnikgesetzes

nicht zutreffend

- └ die Einhaltung von Datenschutzbestimmungen der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus.

Dresden, den 15.08.2019



Dr. med. univ. Julia Schellong